

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM**

**APLICANDO A TEORIA DO AUTO-CUIDADO DE OREM NO  
CUIDADO JUNTO À CRIANÇA, ADOLESCENTE E SUA  
FAMÍLIA QUE VIVENCIAM A DIABETES TIPO 1.**


**ACADÊMICA : PERLA SILVEIRA BLEYER**

**FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 1999**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM**



**APLICANDO A TEORIA DO AUTO-CUIDADO DE OREM NO  
CUIDADO JUNTO À CRIANÇA, ADOLESCENTE E SUA  
FAMÍLIA QUE VIVENCIAM À DIABETES TIPO 1.**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0312  
Autor: Bleyer, Perla Silv  
Título: Aplicando a teoria do auto-cuida  
  
972491570 Ac. 241513  
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

**RELATÓRIO FINAL APRESENTADO  
À DISCIPLINA INT 5134 ENFER-  
MAGEM ASSISTENCIAL APLICADA,  
PARA CONCLUSÃO DO CURSO DE  
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA.**

CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0312  
Ex.1

**ACADÊMICA : PERLA SILVEIRA BLEYER  
ORIENTADORA: ROSANE GONÇALVES NITSCHKE  
SUPERVISORA: CLARICE RAQUEL MENDES SIELSKI  
3º MEMBRO DA BANCA: IVONETE S. BUSS HEIDMANN**

**FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 1999.**

***“Quando olho uma criança ela me inspira dois sentimentos, ternura pelo que é, e respeito pelo que possa ser”.***

**Jean Piaget**

## AGRADECIMENTOS

**A Deus**, que desde o início de minha caminhada estavas comigo.

Quero te agradecer e te oferecer, humildemente a vida, o amor, a felicidade, enfim, a vitória deste momento.

**À minha mãe**, Maria de Fátima Silveira, que abriu as portas do meu futuro, iluminando meu caminho com a luz mais brilhante que pode encontrar: O Estudo.

Trabalhando dobrado, sacrificando seus sonhos em favor dos meus; não foi apenas mãe, mas amiga e companheira, mesmo na hora em que meus ideais pareciam distantes e inatingíveis e o estudo um fardo pesado demais.

Obrigada por tudo que fizeste por mim sem que ao menos eu soubesse.

Obrigada pela lição de amor que me ensinaste durante toda a vida.

Tomara Deus, que eu possa transmiti-la no exercício de minha profissão e ensiná-la aos meus filhos, com a mesma dignidade com a qual você fez chegar a mim.

**Ao meu pai ausente**, pelo grande amor sempre para comigo.

A tua missão neste mundo foi curta demais, porém maravilhosa.

E, mesmo longe, deverá estar orgulhoso em ver-me vencendo esta batalha, que certamente constava em teus sonhos.

Pelo teu amor, deixo a minha lembrança, cheia de saudades e alegria.

**Ao meu noivo**, um obrigado especial, pelo apoio em todos os momentos.

Hoje, eu gostaria que tu vibrasses comigo, não porque eu venci, mas porque juntos vencemos mais um desafio em nossas vidas.

E que diante dos próximos, estejamos juntos para mais fortes podermos enfrentá-los.

**À orientadora**, Rosane Gonçalves Nitschke, uma profissional competente, o meu muito obrigada.

Além de compartilhar comigo seus conhecimentos, soubeste ser amiga e paciente.



Você é um exemplo de dedicação, de doação, de dignidade pessoal e, sobretudo de amor.

**À supervisora**, Clarice Raquel Mendes Sielski, pelo apoio, carinho e confiança depositada em mim durante o período de estágio.

**À Enfermeira Ivonete**, pelo profissionalismo em assistir ao paciente diabético durante o período de estágio quando realizei a 5º fase, pelas contribuições importantes no trabalho e principalmente pela amizade e carinho.

**Ao Hospital Infantil Joana de Gusmão**, e em especial à equipe de enfermagem pelo apoio.

Aos funcionários do ambulatório e aos Médicos Endocrinologistas pelo carinho, compreensão e oportunidade em desenvolver o estudo.

**As crianças, adolescentes diabéticos e suas famílias**, que dedicaram seu tempo para que meu trabalho fosse um aprendizado de vida.

**E Àqueles**, que direta ou indiretamente participaram e ajudaram apoiando-me para que eu pudesse prosseguir nesta jornada incansável.

**Obrigada.**

## RESUMO

Trata-se de um relato de experiência de um projeto assistencial desenvolvido na Disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada ( INT 5134 ), sendo realizado no ambulatório do grupo C do Hospital Infantil Joana de Gusmão ( HIJG ), no período de 03 de maio à 02 de julho de 1999. O objetivo consistiu em prestar cuidado de enfermagem à criança, o adolescente e sua família que vivenciam a situação de Diabetes, fundamentados na teoria do auto-cuidado de Orem, visando a promoção da saúde através do auto-cuidado, tanto a nível ambulatorial, como na unidade de internação, estendendo-se ao domicílio.

O cuidado de enfermagem foi planejado e desenvolvido a partir da definição de déficits de competência para o auto-cuidado, propondo uma demanda terapêutica através de orientações realizadas por consultas de enfermagem, visita domiciliar, oficina educativa aos jovens diabéticos e seus familiares realizando-se, entre outros aspectos, a verificação de glicemia capilar, a discussão de impresso explicativo e folder distribuídos com finalidade de promoção à saúde.

No período do desenvolvimento do projeto foram atendidas 53 crianças e adolescentes com suas famílias.

A experiência vivenciada foi valiosa, sendo possível compreender que as crianças e adolescentes diabéticos são capazes de desenvolver ações de auto-cuidado para manter o seu bem-estar, sendo a família um fator facilitador do processo.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	10
2. OBJETIVOS .....	13
2.1. OBJETIVO GERAL .....	13
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	13
3. VISITANDO A LIERATURA .....	15
3.1. A CRIANÇA, O ADOLESCENTE E SUA FAMÍLIA QUE VIVENCIAM A SITUAÇÃO DE DIABETES .....	15
3.2. A PROBLEMÁTICA DO DIABETES MELLITUS TIPO I .....	20
3.2.1. DEFINIÇÃO .....	20
3.2.2. CLASSIFICAÇÃO .....	21
3.2.3. EPIDEMIOLOGIA .....	22
3.2.4. ETIOLOGIA .....	22
3.2.5. FISIOPATOLOGIA E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS .....	23
3.2.6. DIAGNÓSTICO .....	28
3.2.7. TRATAMENTO .....	29
3.3. O CUIDADO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE E SUA FAMÍLIA COM DIABETES MELLITUS TIPO I .....	30
4. MARCO CONCEITUAL .....	35
4.1. CONHECENDO A TEORISTA .....	36
4.2. PRESSUPOSTOS .....	37
4.3. CONCEITOS .....	39
5. METODOLOGIA .....	46
5.1. PROCESSO DE ENFERMAGEM .....	46

5.1.1. ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM .....	46
5.2. LOCAL DO ESTÁGIO .....	50
5.3. POPULAÇÃO ALVO .....	51
5.4. REGISTRANDO O PROCESSO .....	51
5.5. A DIMENSÃO ÉTICA DA PRÁTICA .....	53
6. APLICANDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM .....	54
7. AVALIANDO O ALCANCE DOS OBJETIVOS .....	65
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	99
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	102
10. ANEXOS .....	106
I - ROTEIRO PARA COLETA DE DADO E AVALIAÇÃO DO DNPM .....	107
II - GRÁFICO DE DESENVOLVIMENTO PONDERO ESTATUTURAL .....	122
III - GENOGRAMA .....	127
IV - CÓDIGO DA NATUREZA DAS INTERAÇÕES E SÍMBOLOS UTILIZADOS .....	129
V - DOCUMENTO UTILIZADO NO AMBULATÓRIO PARA REGISTROS.....	131
VI - REGISTROS .....	133
VII - ORIENTAÇÕES .....	146
VIII - IMPRESSO EXPLICATIVO .....	149
IX - PONTOS DE APLICAÇÃO DA INSULINA .....	163
X - SERINGAS PARA INSULINA .....	165
XI - PIRÂMIDE ALIMENTAR .....	169
XII – PLANEJAMENTO E REGISTRO DA OFICINA EDUCATIVA .....	171
XIII – ASSINATURA DOS PARTICIPANTES DA OFICINA E AUTORIZAÇÃO DAS FOTOS .....	179

XIV – CERTIFICADO DO CONGRESSO .....	181
XV - FOTOS .....	183
XVI – CRONOGRAMA .....	186
11. PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O RELATÓRIO .....	191



## 1. INTRODUÇÃO

\* O presente trabalho contempla uma proposta cujo objetivo geral é prestar o cuidado de enfermagem baseado no referencial de Dorothea E. Orem, visando, através do auto-cuidado, a promoção da saúde da criança, adolescente e família que vivenciam a Diabetes, frente as dificuldades que possam surgir diante da situação.

A decisão em trabalhar com crianças e adolescentes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 e suas famílias emergiu durante meu período acadêmico, mais especificamente quando realizei estágio curricular na área de pediatria no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), e estágio extra curricular na Unidade de Endocrinologia Pediátrica (UEP), no Hospital das Clínicas em Curitiba-PR. Nestes momentos, deparei-me com crianças e adolescentes diabéticos e observei as dificuldades que estes apresentavam quanto ao seu auto-cuidado. Durante o estágio na UEP, acompanhando a enfermeira, vivenciei, na prática, o quanto certas orientações que fornecíamos, mostravam-se complicadas para estas crianças e adolescentes.

Dentre as dificuldades percebidas, foi possível identificar que as crianças e adolescentes desconheciam aspectos relativos a: mistura de insulina, técnica da injeção, cuidado com o material, os valores normais de glicemia no sangue, as complicações, a monitorização, a conservação da insulina, entre outras.

Observei, ainda, que muitos não realizavam a lavagem das mãos antes do procedimento, outros não faziam uma alimentação adequada, não respeitando os horários, a quantidade e qualidade dos alimentos. Deste modo, algumas crianças e adolescentes chegavam para consulta com o valor da glicemia muito alto, o que os levava à internação pela descompensação ocorrida.

Neste contexto, verifiquei que os pais, principalmente os de nível sócio-econômico baixo, também apresentavam dificuldades em entender quando era necessário aumentar ou diminuir a dose de insulina para o seu filho ou, em caso de desmaio, o que poderia ser feito.

Conforme destacam WHALEY & WONG ( 1989 ), os pais têm numerosas dúvidas ( verbalizadas ou não ) que, quando bem esclarecidas, lhes proporcionam uma sensação crescente de ajuste mental.

Por este motivo, acredito que tanto o paciente como a família devem ter acesso facilitado à equipe de saúde para que suas dúvidas, preocupações e temores possam ser atendidas, sendo a presença da enfermagem fundamental.

✦ Certamente, é uma das doenças que requerem do paciente mais conhecimento e empenho pessoal para seu controle. O diabético necessita ser, muitas vezes, antes de tudo, um “sábio”. Ele precisa entender os mecanismos da doença, as condições que provocam elevação ou queda brusca da glicemia, as orientações dietéticas sobre o que e quanto comer, os perfis de ação terapêutica das várias insulinas, enfim, todo um conhecimento geral e específico que permitam ao diabético assumir o controle de sua doença.

✦ Concordo com WHALEY & WONG ( 1989 ) quando colocam que avaliações e ajustes periódicos na insulina, dieta e atividade sob supervisão médica fazem com que as crianças diabéticas tenham a doença sob controle, mas acho que a participação da família, enfermeira, nutricionista, assistente social, psicólogos, entre outros profissionais, também são fundamentais para que o paciente tenha um bom controle.

✦ A motivação que me levou a escolher a teoria geral de Dorothea Orem é por acreditar que esta vem ao encontro da necessidade da clientela, pois os cuidados são realizados em consultas a nível ambulatorial, ocorrendo periodicamente, existindo assim, um grande intervalo no qual a criança e o adolescente ficam em casa, dependendo exclusivamente deles o seu cuidado. Também acredito ser possível uma melhor qualidade de vida para estas pessoas, através de seu autocuidado, diminuindo-se tanto algum dano físico quanto psicológico que a Diabetes possa causar-lhes.

Além disto, a teoria me permitiu observar que a mesma define a base filosófica da profissão e tem a finalidade de facilitar a determinação dos problemas de enfermagem e simplificar a manutenção da qualidade da documentação dos processos.

Foi possível perceber que as limitações da teoria podem ser superadas com a contribuição da prática educativa. Entretanto, cabe destacar que esta integração se deu através de um processo de cuidar cheio de contradições e conflitos.

Entendo, ainda, que ao prestar cuidado de enfermagem à criança, adolescente e família, visando a promoção da saúde através do auto-cuidado, também estou promovendo uma interação entre equipe de saúde – paciente – família, colaborando para que crianças e adolescentes tenham a Diabetes sob controle e uma menor chance de adquirir complicações crônicas.

## **2.OBJETIVOS**

### **2.1.OBJETIVO GERAL**

Prestar cuidado de enfermagem, à criança, adolescente e família que vivenciam a situação de diabetes, à nível ambulatorial, estendendo-se à unidade de internação e ao domicílio, fundamentado na teoria do auto-cuidado de Orem, visando o auto-cuidado através da educação em saúde.

### **2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Elaborar, aplicar e avaliar o marco conceitual;
2. Desenvolver e implementar uma metodologia para realizar o cuidado de enfermagem, junto à criança, adolescente e sua família;
3. Ampliar conhecimento teórico- prático relacionado ao cuidado com a criança e adolescente diabético e família;
4. Identificar, analisar e buscar possibilidades de soluções junto com às crianças e adolescentes diabéticos e suas famílias para as dificuldades que emergirem quanto a aplicação do auto-cuidado;
5. Interagir com a equipe interdisciplinar, desenvolvendo um trabalho integrado;
6. Avaliar o cuidado desenvolvido.







### **3. VISITANDO A LITERATURA**

Em qualquer situação, uma nova experiência sempre gera insegurança. Desvendar o novo é descobrir seus segredos, superando problemas e encontrando soluções, principalmente quando se trata de saúde.

A informação é o melhor caminho e o Diabetes, uma disfunção que não impede de se ter uma vida normal, requer apenas alguns cuidados básicos que, realizados com seriedade, tornarão o dia-a-dia mais agradável.

A chave do bem-estar está na dedicação a todo tratamento - o que inclui a insulinoterapia, a realização da dieta e o monitoramento das taxas de glicose no sangue ( Baseado em NETTO, 19 [ ] ).

Neste capítulo, abordarei a problemática da criança, adolescente e sua família que vivenciam a situação de Diabetes tipo 1, deixando bem claro que o enfoque do projeto é no ser-humano e sua família e não somente a doença

#### **3.1. A criança, o adolescente e sua família que vivenciam a situação de Diabetes**

Segundo HALLBURG & LITTLE ( 1989 ), Diabete é um clássico exemplo como algo que é próprio de família. Todo o tratamento da doença impõe dificuldades para o dia-a-dia da família. É preciso normalizar a sua vida, compartilhando responsabilidades. A implementação de uma nova rotina terapêutica para uma pessoa diabética depende, entretanto, de um considerável grau de envolvimento familiar e social.

A demanda de uma família inclui esforços, existindo uma demanda a nível organizacional da vida familiar que inclui uma considerável atenção a comunicação, negociação e renegociação, respeito mútuo e trocas. Uma especial

mistura de flexibilidade e instabilidade com cada um de si é importante, para que tudo funcione.

O desafio para os enfermeiros e outros profissionais de saúde é compreender a inter-relação do impacto psicológico, sociocultural e econômico do Diabetes no indivíduo e na família.

Uma extensiva revisão de literatura sobre famílias diabéticas feita por HALLBURG & LITTLE ( 1989 ), refere que esta pode ser dividida em três grandes áreas:

A – A força que o papel das famílias desempenham na formulação da definição da doença e das conseqüências desta na criança. Ou seja, os pais que são eles mesmos diabéticos podem ser um modelo tanto positivo quanto negativo;

B – O estágio de desenvolvimento pode afetar o impacto do Diabetes na criança, a resposta a doença e ao tratamento que muda quando a criança se torna um adolescente e então um jovem adulto;

C – A doença pode servir como um foco central dentro da família, isto é pode ser um veículo para expressar um conflito como por exemplo: membros da família com diferentes definições sobre a doença e que se confrontam na questão do controle; esse conflito pode criar um stress adicional para a criança diabética e pode afetar o curso da doença.

É esperado que a família assuma um papel importante como agente no tratamento da Diabetes, bem como modificador de outros papéis que se estabelecem nas mudanças produzidas pela Diabetes. A família é muito importante para envolver a criança e para dar as diretrizes no tratamento.

O jovem diabético e sua família se deparam com uma diminuição da sua capacidade física e isso se reflete com interferência na escola, nas atividades, nas oportunidades de trabalho, na vida adulta e no seu futuro, isso tudo cria uma dificuldade no tratamento da criança, porque existe o problema da família.

Os episódios de hipoglicemia e acidose muitas vezes podem estar envolvidos com uma grande carga emocional dentro da interação familiar. Estes desafios são uma adição no dia-a-dia (MATTSSON, 1987, apud. HALBURG et Little, 1989 ).

As situações difíceis de vida podem contribuir para problemas emocionais na criança. Um estudo clássico com jovens frequentemente hospitalizados de Minuchin's (1978), com episódios inexplicáveis de acidose, demonstrou a dificuldade das crianças em manejar stress, sua imaturidade em desenvolver habilidades e sua tendência em internalizar os problemas

A primeira resposta dos pais ao diagnóstico pode ser de descrença; após o choque inicial, os pais podem responder com superproteção ou rejeição ao jovem.

Outros autores viram em seus estudos que a superproteção e rejeição correspondem a diferentes tipos de personalidade da criança. Verificou-se que os pais superprotetores tendem a ter uma criança submissa ou rebelde e os pais rejeitadores produzem ressentimento na criança diabética. A superproteção é o que mais se encontra e não a rejeição.

Pais e mães podem ter respostas diferentes à criança diabética pois são envolvidos diferentemente no dia-a-dia. Um estudo mostrou que as mães assumem a principal responsabilidade nas tarefas relacionadas ao tratamento e também sabem mais sobre a doença. Por causa disso parecem ser mais envolvidas efetivamente com a criança diabética. (FALLSTROM, 1974, ETZWILER, SINES, 1962, apud. HALLBURG 1989 ).

As mães de crianças diabéticas são mais deprimidas e reservadas do que as mães de crianças não diabéticas. Os pais das crianças diabéticas não diferem dos pais de crianças normais e eles participam mais se a criança for menino ou em doenças que foram julgadas pelo médico ser de difícil controle.

Um pai que tem Diabetes pode ter um efeito particularmente importante na criança diabética. As crianças podem imitar os membros da família que têm Diabetes, então se a família der um bom exemplo à criança, esta vai ser um bom exemplo, e se o pai, a mãe, ou a avó, entre outros, não der um bom exemplo, pode ser que a criança sofra influências e não queira se cuidar também.

É importante que os pais e as crianças aceitem os limites razoáveis de dependência que a condição de Diabetes leva. Ao mesmo tempo, é relevante que os pais encorajem ao máximo o desenvolvimento dentro destes limites.

Em vários estudos, têm-se explorado intervenções para reduzir os conflitos e estress da família com membros diabéticos e muitos trabalhos têm mostrado que o tratamento é muito efetivo quando você visualiza a criança no contexto familiar mais do que quando é visualizada como um indivíduo sozinho.

Alguns estudiosos de comportamento têm estudado as famílias e têm visto como é interessante o papel fundamental da família na mediação do estress dessas crianças, sendo que esse estress consequentemente piora a doença. Então, se a família sabe manejar a criança, esta vai ter menos possibilidade de ter problemas mais tarde.

A equipe interdisciplinar que cuida da criança diabética deve ser consciente de que os pais precisam de ajuda contínua, e, sendo que, a Enfermeira pode, de forma esclarecedora e paciente, ajudá-los e encorajá-los para que possam alcançar o equilíbrio emocional.

O papel da educação também é fundamental ao cuidar da criança, adolescente diabético e sua família, sendo importante ter alegria e esperança neste cuidar.

Há uma relação entre a alegria necessária à atividade educativa e a esperança. A esperança de que professor e alunos juntos podem aprender, ensinar, inquietar-se, produzir e juntos igualmente resistir aos obstáculos à nossa alegria. Na verdade, do ponto de vista da natureza humana, a esperança não é algo que a ela se justaponha. A esperança faz parte da natureza humana. Seria uma contradição se, inacabado e consciente do inacabamento, primeiro, o ser humano não se inscrevesse ou não se achasse predisposto a participar de um movimento constante de busca e, segundo, se buscasse sem esperança. A desesperança é negação da esperança (FREIRE, 1999).

Ao ensinar é importante saber escutar, pois, não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo, como se fôssemos os portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar, mas é escutando que aprendemos a falar com eles. Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele, mesmo que, em certas condições, precise de falar a ele. O educador que escuta aprende a difícil lição de transformar o seu discurso, às vezes necessário, ao aluno, em uma fala com ele (Baseado em FREIRE, 1999).

É esta percepção do homem e da mulher como seres “programados, mas para aprender” e , portanto, para ensinar, para conhecer, para intervir, que me faz entender a prática educativa como um exercício constante em favor da produção e do desenvolvimento da autonomia de educadores e educandos (FREIRE, 1999).

É objetivo da enfermagem estimular e promover as ações de auto-cuidado, na tentativa de promover a vida e a saúde e de ajudá-la a recuperar-se da doença e lesão ou ajustar-se a seus efeitos.

A educação à saúde pode ajudar o indivíduo a adaptar-se à sua doença, a cooperar com sua terapia prescrita e a aprender a resolver problemas ao defrontar-se com situações novas.

Quando se define o aprendizado como a aquisição de conhecimentos, atitudes ou habilidades, e o ensino como ajudar outra pessoa a aprender, torna-se claro que o processo de ensino-aprendizado é um processo ativo. Ele requer o envolvimento ativo tanto do professor como do indivíduo em aprendizado ou esforço de chegar ao resultado desejado- mudança de comportamento ( Baseado em BRUNNER & SUDDARTH, 1999 ).

A atividade do enfermeiro e da enfermeira inclui um princípio pedagógico. Esta afirmação pode ser debatida, analisada, criticada, focalizada sob diversos ângulos e várias dimensões, mas acredito que não poderá ser refutada, negada, desconsiderada. Afirmo que, mesmo que nem sempre explícito ou colocado de forma clara, o princípio educativo está sempre presente no processo de ação e reflexão, ou seja, na “praxis” do enfermeiro e da enfermeira ( Baseado em HEIDMANN & SAUPE, 1999 ).

Desenvolver um elo de ligação com a família foi essencial para realizar a educação para a saúde, compromisso da enfermeira enquanto profissional capaz de auxiliar os sujeitos a se construírem como cidadãos, conscientes do seu papel como atores sociais ( Baseado em BECK, 1999 ).

Mas afinal o que é Diabetes?



### **3.2. A problemática do Diabetes Mellitus Tipo 1**

O tema Diabetes Mellitus tipo 1 será contemplado sobre os seguintes aspectos: definição, classificação, epidemiologia, etiologia, fisiopatologia, manifestações clínicas, diagnóstico, tratamento e cuidados de enfermagem.

#### **3.2.1. Definição:**

Segundo SPERLING ( 1990 ), Diabetes Mellitus, uma síndrome que afeta a homeostase da energia, é causada pela deficiência de insulina ou de sua ação e manifesta-se por uma anormalidade do metabolismo dos carboidratos, proteína e gordura.

OLEFSKY ( 1990 ) resume dizendo que a Diabetes Mellitus é um distúrbio primário heterogêneo do metabolismo dos carboidratos com múltiplos fatores etiológicos que geralmente envolvem deficiência absoluta ou relativa de insulina e/ou resistência.

De acordo com WHALEY & WONG( 1989 ), sem insulina, o organismo é incapaz, exceto por algumas células especializadas, de metabolizar adequadamente os carboidratos. É a desordem endócrina mais freqüente da infância.

### 3.2.2. Classificação:

De acordo com OLESFSKY ( 1990 ), o diabetes pode ser dividido em duas síndromes patológicas gerais:

- Tipo1, ou Diabetes Mellito insulino-dependente – ( DMID ), encontrado em pacientes com pouca ou nenhuma capacidade de secreção de insulina endógena. Esses pacientes desenvolvem hiperglicemia extrema, cetose e os sintomas associados, a menos que sejam tratados com insulina, e, portanto, são inteiramente dependentes da insulina exógena para a sobrevivência imediata. A doença associa-se nitidamente à herança de antígenos histocompatíveis e à auto-imunidade orgânica específica, embora exista muita evidência de heterogeneidade nesta subclasse. Esta forma de doença geralmente, mas nem sempre, desenvolve-se antes do início da vida adulta. Termos antigos para esta síndrome são diabetes do início da infância, diabetes juvenil, diabetes propenso a cetose e diabetes instável.

- Tipo2, ou Diabetes Mellito não-insulino-dependente <sup>1</sup>( DMNID ), ocorre em pacientes que retêm capacidade significativa de secreção de insulina endógena.

Embora possa ser necessário o tratamento com insulina para o controle da hiperglicemia, esses pacientes não desenvolvem cetose na ausência de insulinoterapia e não dependem da insulina exógena para a sobrevivência imediata. Termos anteriores para esta forma de doença são diabetes da maturidade ou adulto, não-cetótico e estável.

---

<sup>1</sup> A título de curiosidade citei apenas neste item o tipo 2.

### **3.2.3. Epidemiologia:**

Levantamentos nos Estados Unidos indicam que a prevalência de diabetes entre escolares é de cerca de 1,9/1000. A frequência está altamente correlacionada com o aumento da idade. A variação estimada é de um caso em 1430 crianças com cinco anos de idade a um caso em 360 adolescentes com 16 anos.

No Brasil, são mais de 5 milhões de diabéticos. Cinco milhões que já desvendaram este mistério e que levam uma vida absolutamente normal.

Os sexos masculino e feminino são quase igualmente afetados e não há qualquer correlação aparente com a condição sócio-econômica. Ocorre picos de apresentação em dois grupos etários: dos cinco aos sete anos e na puberdade.

O primeiro pico corresponde à época de maior exposição a agentes infecciosos no início escolar e o segundo estirão puberal induzido pelos esteróides gonadais, que podem neutralizar a ação da insulina e aos estresses emocionais da puberdade. ( SPERLING, 1990 ).

Os dados sobre prevalência em relação aos fatores raciais ou étnicos são incompletos. Os negros são menos freqüentemente afetados que os brancos. Várias publicações relataram que a ocorrência de Diabetes dependente de insulina em negros americanos é de apenas 20-30% ou até dois terços da taxa encontrada em brancos americanos.

### **3.2.4. Etiologia:**

O Diabetes tipo1 é caracterizado pela destruição das células beta do pâncreas. Atualmente, é tido como o resultado de uma combinação de fatores genéticos, imunológicos e, possivelmente ambientais, contribuindo para a destruição das células beta (BRUNNER & SUDDARTH, 1994 ).

Com relação aos fatores genéticos, as pessoas herdam uma predisposição genética, ou tendência, para desenvolver o Diabetes tipo1. Esta tendência

genética tem sido encontrada em pessoas com determinados tipos de HLA (antígeno leucocitário humano ). O HLA refere-se a um aglomerado de genes responsáveis por antígenos de transplante e outros processos imunes.

Quanto aos fatores imunológicos, há evidências de uma resposta auto-imune, no Diabetes tipo1. Esta é uma resposta anormal na qual os anticorpos se voltam contra os tecidos normais do corpo, respondendo a estes tecidos como se fossem exógenos.

Existem cada vez mais pesquisas sobre os possíveis fatores externos (ambientais) que podem iniciar a destruição da célula beta. ( BRUNNER & SUDDARTH, 1994 ).

### **3.2.5. Fisiopatologia e Manifestações Clínicas:**

O pâncreas é uma glândula mista exócrina e endócrina. A parte endócrina é constituída por dois tipos de células predominantes: alfa e beta, das Ilhotas de Langerhans, e seus produtos de secreção interna são respectivamente o glucagon (hiperglicemiante ) e a insulina ( hipoglicemiante ).

A insulina é secretada pelas células beta, um dos quatro tipos de células das Ilhotas de Langerhans no pâncreas. A insulina é considerada anabólica, ou um hormônio de estocagem. Quando se ingere uma refeição, a secreção de insulina aumenta e mobiliza a glicose da circulação para o músculo, fígado e células gordurosas, resultando nos seguintes efeitos as células: estimula o armazenamento de glicose no fígado e músculos, aumenta o armazenamento da gordura dietética no tecido adiposo, acelera o transporte de aminoácidos.

A insulina também inibe a degradação da glicose armazenada, das proteínas e das gorduras.

Durante os períodos de "jejum ", há uma diminuição, porém contínua, da liberação de insulina. Concomitantemente, há um aumento de liberação de outro

hormônio pancreático, chamado de glucagon. O efeito líquido do balanço entre os níveis de insulina e glucagon faz manter o nível constante de glicose no sangue pela liberação de glicose no fígado. ( MARCONDES, 1991 ).

No Diabetes tipo1 há uma acentuada diminuição da produção de insulina pelas células beta pancreáticas. Ocorre hiperglicemia de jejum como resultado de uma produção descontrolada de glicose pelo fígado. Além disso, a glicose derivada dos alimentos ingeridos não pode ser estocada, e permanece na corrente sangüínea contribuindo para a hiperglicemia pós-prandial ( após refeição ).

Se a concentração da glicose no sangue for suficientemente alta, os rins podem não absorver toda a glicose filtrada, e ela então aparece na urina (glicosúria). Quando o excesso de glicose é excretado na urina, ele é acompanhado de excesso de líquido e perda de eletrólitos.

Este quadro é chamado de diurese osmótica. Como resultado da perda excessiva de líquido o paciente tem um aumento no volume de urina ( poliúria ) e sede intensa ( polidipsia ).

A deficiência de insulina também prejudica o metabolismo de proteínas e gorduras, levando à perda de peso. Os pacientes podem sofrer um aumento de apetite ( polifagia ) devido à diminuição do armazenamento de calorias. Outros sintomas incluem fadiga e fraqueza.

À medida que a deficiência de insulina progride, os processos geralmente inibidos pela insulina ocorrem livremente. Assim, a glicogenólise ( quebra da glicose armazenada ) e, mais significativamente, a gliconeogênese ( produção de nova glicose a partir de aminoácidos e outros substratos ) contribuem mais ainda para a hiperglicemia. Em adição, ocorre a quebra de gorduras, resultando aumento de produção de corpos cetônicos, que são subprodutos da quebra de gorduras. Os corpos cetônicos são ácidos que perturbam o equilíbrio ácido-básico do corpo quando se acumulam em quantidades excessivas. A cetoacidose diabética ( CAD) resultante pode levar a sinais e sintomas tais como dor abdominal, náuseas, vômitos, hiperventilação, respiração com odor de frutas, e, quando não tratada, alteração no nível de consciência, coma, e até mesmo a morte.



O início do Diabetes tipo1 geralmente ocorre abruptamente e antes dos 30 anos de idade. O início do tratamento com insulina juntamente com líquidos e eletrólitos necessários para corrigir a CAD rapidamente melhora as anomalias metabólicas e elimina os sintomas de hiperglicemia e CAD. ( BRUNNER & SUDDARTH,1994 ).

De acordo com SPERLING “(1990), a apresentação clássica do diabetes em crianças, como já foi citado, é uma história de poliúria, polidipsia, polifagia e perda ponderal. A duração desses sintomas varia, mas costuma ser inferior a um mês.

A criança diabética é hospitalizada em várias circunstâncias: a criança recentemente diagnosticada geralmente é internada para diagnóstico definitivo e regulação da dosagem de insulina. A reação, que pode ser a manifestação inicial da doença ou uma resposta intensa ao estresse físico ou emocional, é a cetoacidose diabética. A outra grave resposta que afeta pessoas diabéticas é a hipoglicemia. (WHALEY & WONG, 1989 ).

**Cetoacidose Diabética ( CAD )** – Para MINICUCCI, a CAD é uma complicação séria do diabetes, que pode aparecer em pessoas que tem grande diminuição de insulina no organismo ( crianças, adolescentes e mesmo adultos , embora nestes seja muito mais raro).

A CAD começa com descompensação do diabetes ( aumento das taxas de glicemia ), causando grande aumento da quantidade da urina, sede, aumento da fome, mal-estar, seguidos de náuseas, vômitos e se não tratada a tempo, coma diabético.

**Hipoglicemia** – A hipoglicemia reflete uma incapacidade de manter a homeostase normal da glicose devido a um defeito no substrato disponível, nas enzimas, ou nos hormônios. ( NELSON,1991 ).

As causas da hipoglicemia são opostas da CAD. Incluem a ingestão de muito pouco alimento, aumento de exercícios sem o suporte alimentar adequado, ou o aumento na insulina, acidental ou proposital, sem alimentos adicionais ( WHALEY & WONG, 1989 ).

De acordo com o Programa Harvard Joslin, as manifestações clínicas da hipoglicemia ocorrem quando glicemia < 50 a 60 mg/dl, melhoram com a administração de carboidratos, sendo decorrentes da hiperatividade adrenérgica

e/ou neuroglicopenia, os sintomas podem estar ausentes em situações especiais e são mais freqüentes em pacientes que usam insulina.

As manifestações da hipoglicemia são divididas em:

- **Manifestações Leves –**

a-) Hiperatividade adrenérgica

- tremores
- palpitações
- aumento da sudorese
- fome

b-) As manifestações leves de hipoglicemia melhoram rapidamente ( 10-15 min. ) após ingestão de 15g de carboidratos: ½ copo de suco de frutas ou refrigerante não dietético.

c-) Pode ser necessário repetir o lanche.

- **Manifestações moderadas**

a-) Manifestações adrenérgicas

b-) Manifestações neuroglicopênicas

- cefaléia
- irritabilidade
- alterações de humor: agressividade
- diminuição da atenção
- sonolência

c-) Duram mais tempo

d-) Podem necessitar dose adicional de carboidratos.

- **Manifestações intensas**

a-) Diminuição da consciência, coma ou convulsões

b-) É sempre necessário a ajuda de outra pessoa, pode ser necessário a observação em hospital

c-) Evitar a administração de carboidratos pela boca: risco de aspiração

d-) Glucagon 1 mg., via SC ou IM ou glicose 50%- 20 a 50 ml via EV

e-) Iniciar solução de glicose a 5% EV 60 gotas/min até iniciar alimentação.

Além da cetoacidose diabética e hipoglicemia, podemos citar como complicações também a hiperglicemia.

**Hiperglicemia** – A hiperglicemia ( excesso de açúcar no sangue), quando não controlada, pode levar à cetoacidose diabética no Diabetes tipo1, ou síndrome não cetótica hiperosmolar no Diabetes tipo2 ( BRUNNER & SUDDARTH, 1994 ).

A hiperglicemia ( glicemia acima de 180 mg/dl ), pode ser causada por: alimentar-se demasiadamente, ou estar doente ou com infecção ou tomar 1 dose menor de medicamento do que a receitada.

Caracteriza-se por estes sintomas: polidipsia ( sede excessiva ), dormência, polifagia ( fome excessiva ), visão embaralhada, náusea, poliúria ( urinar com frequência ), sonolência, emagrecimento, entre outras.

Os casos de hiperglicemia é importante administrar líquidos em abundância. Por exemplo: água, limonada. ( LOPES ).

### 3.2.6. Diagnóstico:

As crianças e adolescentes nas quais o diagnóstico de Diabetes Mellitus deve ser considerado e podem ser divididas, para fins práticos, em três categorias gerais: ( 1 ) aquelas que têm uma história sugestiva de Diabetes, especialmente poliúria ou polidipsia e incapacidade de ganhar peso ou perda ponderal, a despeito de um apetite voraz, ( 2 ) aquelas que exibem glicosúria transitória ou persistente, e ( 3 ) aquelas que apresentam manifestações clínicas de acidose metabólica, com ou sem torpor ou coma. Em todos os casos, o diagnóstico de Diabetes Mellitus depende da demonstração de hiperglicemia acompanhada de glicosúria, com ou sem cetonúria ( SPERLING,1990 ).

Em relação a cetoacidose diabética os critérios diagnósticos são:

- glicemia > 250 mg/dl
- pH arterial < 7,2 ou bicarbonato plasmático < 15 mEq/l
- Cetonemia: positiva ( diluição 1:1 )
- Cetonúria: fortemente positiva.

### **3.2.7. Tratamento:**

De acordo com o programa Harvard Joslin – Sociedade Brasileira de Diabetes, o tratamento do Diabetes tipo1 consiste em educação e insulino terapia.

A educação em Diabetes tem como objetivos: atingir o bom controle metabólico, melhorar as habilidades do paciente para o auto-controle, promover modificações no estilo de vida, minimizar a ocorrência de complicações agudas, reduzir hospitalizações, prevenir e retardar as complicações crônicas e melhorar a qualidade de vida.

A atuação do educador em Diabetes deveria conter no seu plano assistencial, grupos educativos, consultas individuais, acompanhamento pelo telefone, cuidados domiciliares e colônias de férias.

As atividades de educação da criança e da família começam no momento da internação hospitalar, com a orientação de admissão para a criança, sendo continuada através de orientações individuais, de palestras para os pais, entre outros.

É importante incentivar a família e a criança para o auto-cuidado, estimular a continuidade dos cuidados, proporcionar maior interação da família com a equipe de enfermagem, visando o bem estar da criança, promover a educação continuada da família e da criança e promover estímulos de crescimento interior e de valorização pessoal ( Baseado em MOTTA & ROSSI, 1999 ).

No tratamento educacional cabe salientar que o planejamento alimentar, os exercícios e a monitorização também são fundamentais.

Depois que a criança e a família estão aptas a prosseguir no tratamento, a criança é liberada, continuando a adaptação em casa sob supervisão direta do médico ou da enfermeira visitadora. Em poucas semanas, observa-se um declínio das necessidades insulínicas e, às vezes, não é necessária nenhuma insulina para manter a urina isenta de glicose por um período de até meses (WAECHTER, 1979).

A insulino terapia também faz parte do tratamento, sendo que a humana é menos antigênica

O programa de tratamento para qualquer criança com Diabetes Mellitus deve ser flexível com cobertura de insulina nas 24 horas e concebido para adaptar-se ao estilo de vida da criança.

As insulinas mais comumente usadas são as de ação intermediária, principalmente a NPH, que são administradas em dose única no início da manhã combinadas a uma pequena quantidade de insulina de ação rápida.

No caso de Cetoacidose Diabética ( CAD ), de acordo com SPERLING (1990), os objetivos imediatos do tratamento são expansão do volume intravascular, correção dos déficits de líquido, eletrólitos e do estado ácido-básico, e administração de insulina para corrigir o metabolismo intermediário.

O tratamento deve ser instituído tão logo o diagnóstico clínico esteja confirmado por hiperglicemia e cetonemia.

Segundo WHALEY & WONG ( 1989 ), os sinais vitais, glicemias de hora em hora e a monitorização cardíaca são outros parâmetros a serem observados.

A CAD para o Programa Harvard Joslin, é uma emergência médica, que necessita de tratamento em centro de tratamento intensivo ou local equivalente. As causas comuns são: infecções, trauma, omissão de insulina, e pode ser a primeira manifestação de Diabetes Mellitus tipo1.

### **3.3. O cuidado da criança e do adolescente e sua família com Diabetes Mellitus tipo 1**

No cuidado a criança, adolescente diabético e sua família em qualquer programa educacional, as necessidades psicológicas são tão importantes quanto as necessidades físicas da criança, devendo ser respeitadas.

Um ciclo de adaptação evidente ocorre. Inicialmente, pode surgir raiva, dúvida, sucedidos de negação, sendo acompanhados pela opressora sensação de “Por que eu “?

A seguir, e, na medida que os aprendizes, pais e crianças compreendem que conseguem expressar e demonstrar sua compreensão do material, há aceitação e integração do que lhes foi ensinado. ( Baseado em WHALEY & WONG,1989 ).

A família é um sistema aberto e, como tal, contém todos os elementos de um sistema- estrutura, propósito ou função e organização interna. A família possui limites definidos e consiste em elementos que interagem mutuamente entre si e com seu ambiente. Como em qualquer sistema, qualquer coisa que afete um dos componentes ( pessoa ), afeta todos os outros. Qualquer alteração que se origine no interior ou no exterior dos limites do sistema causa impacto sobre os outros membros desse sistema.

Ao avaliar e analisar os problemas de saúde, a enfermeira deve considerar todos os membros da família e seus fatores internos, bem como aqueles externos que poderiam influenciar a saúde da criança e de sua família

De acordo com WHALEY & WONG ( 1989 ),uma vez que o diagnóstico é confirmado e o tratamento com a insulina iniciado, a principal responsabilidade de enfermagem é a educação da família e o reforço das informações.

No cuidado à criança, adolescente e sua família com Diabetes Mellitus, um passo fundamental é o reconhecimento do Diabetes Mellitus, estar alerta aos sinais e sintomas do Diabetes e auxiliar no diagnóstico são fundamentais

Ao repor o déficit de insulina deve-se compreender a sua ação, as diferenças de composição, tempo de início e duração da ação dos diferentes tipos de insulina, assim como, empregar técnicas corretas no preparo e administração de insulina ( injeção SC e rotação dos locais ).

É importante avaliar o estado geral da criança, os sinais vitais, medir balanço hídrico da urina, verificar glicemia sangüínea, mantendo ao lado do leito folha para registro dos sinais vitais, balanço hídrico, glicemia e insulina administrada

Verificar os sinais vitais segundo a prescrição é fundamental, assim como, verificar a glicemia da criança antes das refeições e quando prescrito

É importante também reconhecer precocemente os sinais de hipoglicemia e estar particularmente atenta nos momentos em que os níveis glicêmicos são mais

baixos, obtendo o valor da glicemia e amostra de urina para testá-la quanto à glicose.

Para tratar a hipoglicemia deve-se oferecer carboidratos de rápida absorção, como leite, suco de laranja ou bombom ou ainda, administrar glucagon, caso prescrito.

No cuidado à criança e adolescente diabético é necessário manter a nutrição, oferecendo dieta balanceada e nutritiva segundo a prescrição, cuidando de consultar a nutricionista a respeito da dieta.

Para manter o estado geral de saúde é importante evitar a exposição a infecções, proporcionando oportunidades de exercício e diversão e providenciando atividades e programa de terapia ocupacional para uma boa qualidade de vida.

Ao preparar a família para a assistência no lar, é fundamental visar educar os pais e a criança, avaliando a compreensão e o nível de inteligência dos aprendizes, selecionando um ambiente que promova a aprendizagem e reservando tempo suficiente para o processo educativo.

Oferecer folhetos ou outros materiais suplementares também podem contribuir muito, pois assim as informações a respeito da fisiopatologia do diabetes, da função e ações da insulina e glucagon em relação à ingestão de calorias, entre outros assuntos podem ser esclarecidos a família.

Solicitar a participação da nutricionista para o planejamento das refeições é fundamental, sendo importante preservar tanto quanto possível, os padrões culturais e preferências alimentares da família.

Ensinar à criança e sua família as características das insulinas prescritas para a criança, enfatizar aos aprendizes que o procedimento será uma rotina na vida da criança, ensinar os cuidados e manutenção do monitor de glicemia ensinar todos os métodos de teste na urina e a interpretação dos resultados é imprescindível para a família entender como tudo funciona.

Todos os aspectos da higiene pessoal devem ser enfatizados na assistência a criança com Diabetes.



Os exercícios devem ser estimulados no adolescente sedentário e observados nas crianças ativas.

A manutenção de informações sobre a alimentação, insulina e glicosúria é útil para o médico bem como para a família.

Encorajar a independência na aplicação dos conceitos aprendidos nas sessões de educação e instruir acerca dos momentos em que há necessidade de procurar assistência de profissionais da saúde também é muito importante.

Auxiliar a criança e os pais na solução de problemas associados a cada estágio de desenvolvimento da criança é fundamental ser realizado, assim como avaliar os relacionamentos interpessoais na família, especialmente os comportamentos que reflitam atitudes dos pais em relação à criança afetada.

É fundamental oferecer apoio emocional aos pais, permitindo a expressão de sentimentos e auxiliando os pais na solução de problemas.

A orientação do paciente e dos pais é um dos aspectos mais importantes do cuidado de enfermagem prestado à criança diabética, devendo ser dada as orientações completas desde cuidados em geral do diabético até apoio individual ( Baseado em BRUNNER & SUDDARTH, 1980 ).

No cuidado à criança e o adolescente com cetoacidose diabética um passo fundamental também é reconhecer a cetoacidose diabética estando atenta aos sinais de acidose, especialmente em crianças com D.M. diagnosticada.

É uma meta no cuidado à criança com cetoacidose, repor as perdas hídricas e de eletrólitos, controlar a infusão endovenosa e avaliar o estado de hidratação.

Para corrigir a hiperglicemia é fundamental administrar insulina por via endovenosa e subcutânea segundo prescrição e determinar glicemia conforme prescrição.

Para corrigir a acidose a administração de bicarbonato de sódio, o pH sérico e gasometria também é uma responsabilidade.

É fundamental detectar alterações da condição, mantendo registros minuciosos, avaliando os sinais vitais frequentemente, o estado mental e o nível de consciência.

Implementar um regime terapêutico para combater infecção e implementar uma assistência adequada para a criança inconsciente é importante para tratar os problemas associados.

Apoio à criança e aos pais deve ser fornecido, explicando-lhes equipamentos e procedimentos, promovendo tranquilização e mantendo a família informada do estado e progresso da criança. Este apoio pode ser oferecido de várias formas, das quais as mais comuns incluem o ato de ouvir, o contato físico e a simples presença. O apoio envolve a aceitação dos valores culturais, sócio-econômicos e étnicos.

#### **4. MARCO CONCEITUAL**

Marco conceitual “é um conjunto de conceitos e pressuposições derivadas de uma ou mais teorias ou modelos conceituais de enfermagem ou de outras áreas de conhecimentos, ou até mesmo originado das próprias crenças e valores daqueles que o concebem, para utilização na sua prática com indivíduos, famílias, grupos ou comunidade, atendendo as situações gerais ou específicas na área de assistência, administração ou ensino de enfermagem “ (SILVA e ARRUDA, 1993).

Sendo assim, organizei um marco conceitual, direcionando o cuidado de enfermagem a crianças e adolescentes portadores de diabetes tipo 1 e suas famílias, atendidas no ambulatório do grupo C do HIJG.

Neste estudo, tais definições e conceitos estão fundamentados na Teoria do Auto-cuidado de Dorothea Orem, acrescida das experiências e conhecimentos adquiridos durante o curso de graduação em enfermagem da UFSC.

#### **4.1.Conhecendo a Teorista**

Dorothea E. Orem estudou em Washington, DC, na escola de enfermagem do Providence Hospital, onde se formou nos anos 30.

Obteve o grau de bacharel em 1939 e o de mestre em enfermagem em 1945. Recebeu vários prêmios nos Estados Unidos, tendo como destaque a de Doutora Honorária em Ciências pela Universidade de Georgetown em 1976.

Desde 1958, vem trabalhando os conceitos de enfermagem e auto-cuidado. Seu último livro foi publicado em 1985 onde apresenta a Teoria Geral de Enfermagem que é formada por três construtos teóricos: a teoria do auto-cuidado, a teoria do déficit de auto-cuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (GEORGE, 1993 ).

Passo então a apresentar os pressupostos selecionados da teorista, incluindo também os pessoais, para, posteriormente trazer os conceitos que vão dar forma e conteúdo ao presente marco.

## **4.2.Pressupostos**

### **Pressupostos da Teoria de Orem**

- Auto-cuidado é uma necessidade universal dos seres-humanos.
- Auto-cuidado é uma ação deliberada que possui propósito padrão e seqüência, que busca metas e resultados ( OREM,1985, pg.84 ).
- As atividades de auto-cuidado são aprendidas de acordo com as crenças, hábitos e práticas que caracterizam o estilo de vida cultural do grupo ao qual o indivíduo pertence ( OREM, 1985, pg. 108 ).
- As maneiras de encontrar as necessidades de auto-cuidado (processos, tecnologias e práticas de auto-cuidado ) são elementos culturais e variam com os indivíduos e grupos sociais maiores ( OREM, 1980, pg. 29. 1985, pg. 37 ).
- Os fatores individualizados de saúde, idade, estágio de desenvolvimento, conhecimento e habilidades, valores e metas, motivação e o padrão estabelecido para responder a estímulos internos e externos influenciam as decisões e ações ao auto-cuidado ( OREM,1985, pg. 109 ).
- Fatores como ambiente, hereditariedade, conhecimentos sobre saúde, valores, atividades, crenças e comportamentos influem na saúde do indivíduo (OREM, 1980 ).
- A enfermagem é um serviço de ajuda ( OREM, 1980, pg. 30, 1985, pg.38 ).

## **Pressupostos Pessoais**

- O papel do enfermeiro, ao cuidar, inclui auxiliar para que as pessoas encontrem suas próprias necessidades terapêuticas e, junto com a criança, adolescente e família pode identificar quais são os déficits ou requisitos de auto-cuidado, para então formularem e desenvolverem o plano de cuidados que deverá ir ao encontro dos mesmos.
- As crianças e adolescentes, que enfrentam a problemática da diabetes, podem ter a necessidade de desenvolver ações de auto-cuidado, sendo que a família também é capaz de realizar e colaborar no cuidado.
- O auto-cuidado desenvolvido pelas crianças e adolescentes diabéticos consiste em uma ação deliberada, com propósitos, buscando metas e resultados.
- A criança e adolescente diabéticos, bem como sua família, para desenvolver o auto-cuidado, podem requerer educação, motivação e apoio psicológico.
- Os valores culturais, as crenças e os hábitos de vida das crianças e adolescentes diabéticos influenciam nas ações de auto-cuidado.
- A educação desempenha um papel importante e possibilita que a criança e adolescente diabéticos, bem como sua família, assumam seus próprios cuidados e, conseqüentemente, se aproximem de uma condição mais saudável.

### **4.3. Conceitos**

Os conceitos desenvolvidos neste trabalho, incluem Ser-Humano, Auto-Cuidado, Enfermagem, Saúde, Doença, Meio-Ambiente, Demanda Terapêutica do Auto-Cuidado, Competência ou Poder da Enfermagem para o Auto-Cuidado, destacando-se que todos estão constantemente interligados

#### **SER-HUMANO:**

Segundo Orem, o ser-humano é “uma unidade funcionando biologicamente, simbolicamente e socialmente. O funcionamento do ser-humano está ligado ao seu ambiente, formando um todo integrado ou sistema “. ( OREM, 1971, pg. 14 ).

“Seres-humanos diferem das outras coisas vivas por sua capacidade de refletir a cerca de si mesmo e de seu ambiente, de simbolizar aquilo que vivenciam a de usar criações simbólicas ( idéias, palavras ) no pensamento, na comunicação e no direcionamento de esforços para realizar e fazer coisas que trazem benefícios a si mesmos e aos outros “. ( GEORGE, 1993 ).

Neste estudo, os seres-humanos são as crianças e adolescentes diabéticos, suas famílias e a equipe multiprofissional que possuem necessidades biológicas, sociais, psicológicas e espirituais e que são capazes de desenvolver ações de auto-cuidado e cuidado para manter a vida, a saúde e o bem-estar.

#### **FAMÍLIA:**

A Família é um corpo de relações, uma unidade dinâmica, ou grupo, de seres-humanos que se percebem como família, unidas por sentimentos, que tem respeito mútuo e desejam manterem sua estrutura através de compartilhamento de ações (Baseado em ELSEN, 1994 ). Sendo integrada por seres-humanos, a família está ligada ao seu ambiente, formando um todo integrado ou sistema. A família cuida de si e de seus membros, auxiliando-os no seu auto-cuidado.

## **AUTO-CUIDADO:**

É definido por Orem como “a prática das ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter a vida, a saúde e o bem-estar” (OREM,1980).

Auto-cuidado consiste no cuidado desempenhado pela própria pessoa para si mesma quando ela atinge um estado, de acordo com a maturidade, que a torna capaz de realizar uma ação propositada, consistente, controlada e eficaz (BASEADO OREM,1980 ).

Existem três categorias de requisitos do auto-cuidado que são as ações voltadas para a provisão de auto-cuidado e que estão divididas em: universal, desenvolvimento e desvio de saúde.

**1-Requisitos de auto-cuidado universais**, que são comuns a todos os seres-humanos, durante os estágios do ciclo vital, ajustados à idade, estado de desenvolvimento, fatores ambientais e outros fatores. Estão associadas a processos de vida e a manutenção da integridade e funcionamento da estrutura humana ( ar, água, alimento e eliminações, etc )

O atendimento desses requisitos favorece a saúde e o bem-estar. São eles: manutenção de suficiente inalação de ar e ingestão de água e de alimento; provisão de cuidado associado a processos de eliminação e excreção; manutenção de um equilíbrio entre atividade e repouso; manutenção de equilíbrio entre solidão e interação social; prevenção de perigos à vida, ao funcionamento e ao bem-estar do indivíduo; promoção de normalidade;

**2-Requisitos de auto-cuidado desenvolvimentais** humanos, sendo relacionados com condições e eventos que ocorram durante os vários estágios do ciclo vital e que possam afetar adversamente o desenvolvimento. Existem duas categorias desses requisitos: manutenção ou promoção de condições de vida que apoiam processos vitais e promovem os processos de desenvolvimento; provisão de cuidados para prevenir a ocorrência de efeitos deletérios de condições que podem afetar o desenvolvimento humano;



**3-Requisitos de auto-cuidado relativos aos desvios de saúde**, que estão associados com defeitos genéticos, constitucionais e desvios estruturais e funcionais humanos, com os seus efeitos e com medidas de diagnóstico e tratamento médico (OREM,1985 ).

São exigidos em condições de doença, ou podem ser consequência de medidas médicas ( diagnóstico, tratamento, etc ).

O Auto-cuidado das crianças e adolescentes diabéticos e sua família refere-se à prática de ações em benefício destas que são deliberadas eficazmente para manter a saúde, a vida e o bem-estar dos pacientes.

## **ENFERMAGEM:**

Segundo a teoria, a enfermagem é “serviço, arte e tecnologia “.

“Serviço humano, um modo de auxiliar homens, mulheres e crianças e não um produto que pode ser trocado. Enfermagem é ação voluntária, uma função de inteligência prática dos enfermeiros, de causar condições humanamente desejadas nas pessoas e seus ambientes “. ( GEORGE, 1993 ).

Para Orem ( 1985, pg.55 e 1980, pg. 7 ) enfermagem é necessária porque há “a ausência da capacidade de manter continuamente aquela quantidade e qualidade de auto-cuidado que é terapêutica na manutenção da vida e da saúde, na recuperação da doença ou dano ou na maneira de enfrentar seus efeitos”.

Penso que a enfermagem está comprometida com o cuidado e que, além disso, ela tem um papel importante em promover o bem-estar psicológico dos pacientes e familiares que estão lidando com a diabetes, com o intuito de ajudá-los a enfrentar e superar as situações que interfiram no auto-cuidado.

## **SAÚDE:**

“É um estado de totalidade ou integridade do ser-humano como indivíduo, suas partes e seu modo de funcionamento” (OREM, 1971, pg. 42, 1980, pg. 118-119 e 1985, pg. 173). Este conceito, de acordo com Santos ( 1991 ), inclui aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais, os quais são considerados por Orem (1985 ) como inseparáveis do indivíduo.

O conceito de saúde implica também na integridade estrutural e funcional do ser-humano, dirigindo-se a níveis cada vez mais altos de integração entre mecanismos biológicos, psicológicos, interpessoais e sociais ( OREM, 1985 ).

Deste modo, cuidar da saúde da criança e adolescente diabéticos compreende uma série de fatores, como: biológicos, psicológicos, sociais ou espirituais, sendo que para alcançar e manter a saúde são necessárias ações de auto-cuidado, visando uma melhor qualidade de vida

## **DOENÇA**

Para Orem ( 1971, 1980 e 1985 ) qualquer alteração da estrutura normal ou do funcionamento constitui-se em ausência de saúde no sentido de totalidade ou integridade do ser-humano. Tais alterações que podem estar relacionados com aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais, quando presentes determinam no indivíduo um estado de desvio de saúde, exigindo o atendimento de requisitos específicos de auto-cuidado.

Na minha concepção a doença é um desequilíbrio entre o ser-humano e o meio em que vive, privando o paciente de realizar seu auto-cuidado em alguns casos. É a limitação da sua capacidade de adaptação

## **MEIO AMBIENTE**

Para Orem, o meio-ambiente está intimamente ligado ao ser-humano, formando juntos um sistema integrado relacionado ao auto-cuidado.

Meio-ambiente e ser-humano são identificados como uma unidade caracterizada por trocas humanas, ambientais e pelo impacto que um exerce sobre a outra ( SANTOS,1991 ).

Qualquer alteração ou influencia em qualquer um dos componentes dos sistemas ( ser-humano, meio-ambiente ), pode afetar o funcionamento dos indivíduos no desempenho das ações de auto-cuidado ( OREM,1971, 1980 e 1985) e assim também ocorre com as crianças, adolescentes e famílias que vivenciam a Diabetes.

## **COMPETÊNCIA DO INDIVÍDUO PARA O AUTO-CUIDADO**

É o "poder ou potencial do indivíduo para se engajar no auto-cuidado ( ... ), é um símbolo para uma característica humana, uma capacidade para uma forma de ação que começa a se desenvolver na infância, atinge uma grande perfeição como adulto e declina com o avançar da idade. A mesma é usada no sentido de um meio, ( um instrumento ), para exercer poder, uma habilidade " ( OREM,1980, pg.83, NDCG,1979, pg.181).

A competência da criança e adolescente diabéticos para o auto cuidado pode ser facilitada pela enfermagem ao realizar um trabalho integrado, com a colaboração da família, respeitando seu meio, suas crenças e costumes, para que se possa adquirir capacidade em desenvolver as ações de auto-cuidado.

## **DEMANDA TERAPÊUTICA DO AUTO-CUIDADO:**

Orem ( 1980, pg. 39 e 1985, pg. 89 ) coloca que é a “totalidade das ações de auto-cuidado requeridas pelo indivíduo em determinado período de modo a satisfazer os requisitos de auto-cuidado. “

De acordo com Orem ( 1985 ), citada por Santos ( 1991 ), a demanda terapêutica do auto-cuidado só poderá ser conhecida a partir da particularização de cada requisito de auto-cuidado ( universal, desenvolvimental e de desvio de saúde ), até a formulação de um plano total para o desenvolvimento de ações de auto-cuidado

Para Orem ( 1980, pg. 39-40 e 1985, pg. 89 ) “a demanda terapêutica do auto-cuidado, portanto, constitui em essência, na prescrição de ações contínuas de auto-cuidado, através do qual os requisitos de auto-cuidado identificados podem ser satisfeitos dentro de certo grau de efetividade “.

A demanda terapêutica do auto-cuidado da criança e adolescente diabéticos, bem como sua família, refere-se à ações que são desempenhadas durante o tratamento, com finalidade de satisfazer a recuperação da saúde, através dos requisitos de auto-cuidado.

Estas ações além do tratamento podem estar voltadas também à prevenção de problemas e obstáculos que impeçam ou dificultem a recuperação e a reabilitação da saúde. Serão desempenhadas com o objetivo de satisfazer os requisitos de auto-cuidado universais, desenvolvimentais e de auto-cuidado referentes aos desvios de saúde.

## **COMPETÊNCIA OU PODER DA ENFERMAGEM PARA O AUTO-CUIDADO:**

Refere-se à capacidade ou potencial que a enfermagem tem para desempenhar ações para, pelo e com o indivíduo no seu auto-cuidado. Os componentes e indicadores deste conceito incluem conhecimento de enfermagem, experiência, domínio de operações ( procedimentos ) da prática de

enfermagem, repertório de habilidades sociais, interpessoais e de enfermagem e, ainda, motivação e desejo de cuidar ( OREM, pg. 44 ).

Assim sendo, Orem ( 1980, pg. 96-101 e 1985, pg. 152-159 ) estabelece três tipos de sistemas de enfermagem relacionados com a dinâmica do auto-cuidado. Estes sistemas se referem como determinar os déficits dos indivíduos para atendimento da demanda terapêutica do auto-cuidado.

São eles:

1- Sistema de compensação parcial ( **SPC** ) quando o paciente apresenta algumas dificuldades de competência para atender suas necessidades de auto-cuidado.

2- Sistema de compensação total ( **STC** ) quando o indivíduo esta totalmente incapacitado para atender suas necessidades de auto-cuidado.

3- Sistema de suporte educativo ( **SAE** ) quando o cliente necessita de assistência de enfermagem para adquirir habilidade, poder decisório e comportamento de controle em relação às necessidades de auto-cuidado.

A determinação do sistema de assistência de enfermagem relacionados ao auto-cuidado indica uma espécie de métodos que o profissional de enfermagem deve utilizar para instituir e manter a assistência ao paciente. Com base nesta determinação, a enfermeira poderá intervir através de ações deliberadas e sistematizadas junto ao paciente procurando estimular seus potenciais já existentes para a prática do auto-cuidado utilizando métodos de ajuda adequados, planejando a assistência da enfermagem e prescrevendo cuidados, ou seja, utilizando o processo de enfermagem ( diagnóstico e provisão, planejamento, implementação e avaliação ). ( OREM,1985, pg. 31 ).

Nesta prática, a competência ou poder da enfermagem refere-se à capacidade que a enfermagem tem para desempenhar ações para o auto-cuidado, para, pela e com a criança, o adolescente e sua família na situação específica, em que ela se encontra, ou seja, vivenciando a Diabetes.

## 5. METODOLOGIA

### 5.1. Processo de Enfermagem

Para operacionalizar o marco conceitual descrito anteriormente, utilizei o processo de enfermagem na forma como é preconizada por Orem ( 1980, 1985 ).

De acordo com Orem ( 1985, pg. 222 ), "A enfermagem é mais que uma simples combinação de todas as atividades que uma enfermeira desempenha em benefício de uma pessoa sob seus cuidados. Na concepção da teórica o processo de enfermagem consiste em : "Determinar porque a pessoa necessita da enfermagem, projetar um sistema de assistência específica de enfermagem, prover e controlar a assistência de enfermagem ( ... ). ( OREM, pg. 223 ).

Em grandes linhas, o processo de enfermagem, segundo Orem (1985), é sustentado pela base teórica de que as ações que foram realizadas devam: estar em consonância com objetivos desejados; considerar os fatores ambientais, tecnológicos e humanos para a obtenção destes objetivos; serem desempenhadas de acordo com o planejamento, fazendo ajustes e revisões à medida que as condições se alterem; ser controladas para verificar se os objetivos foram sendo alcançados.

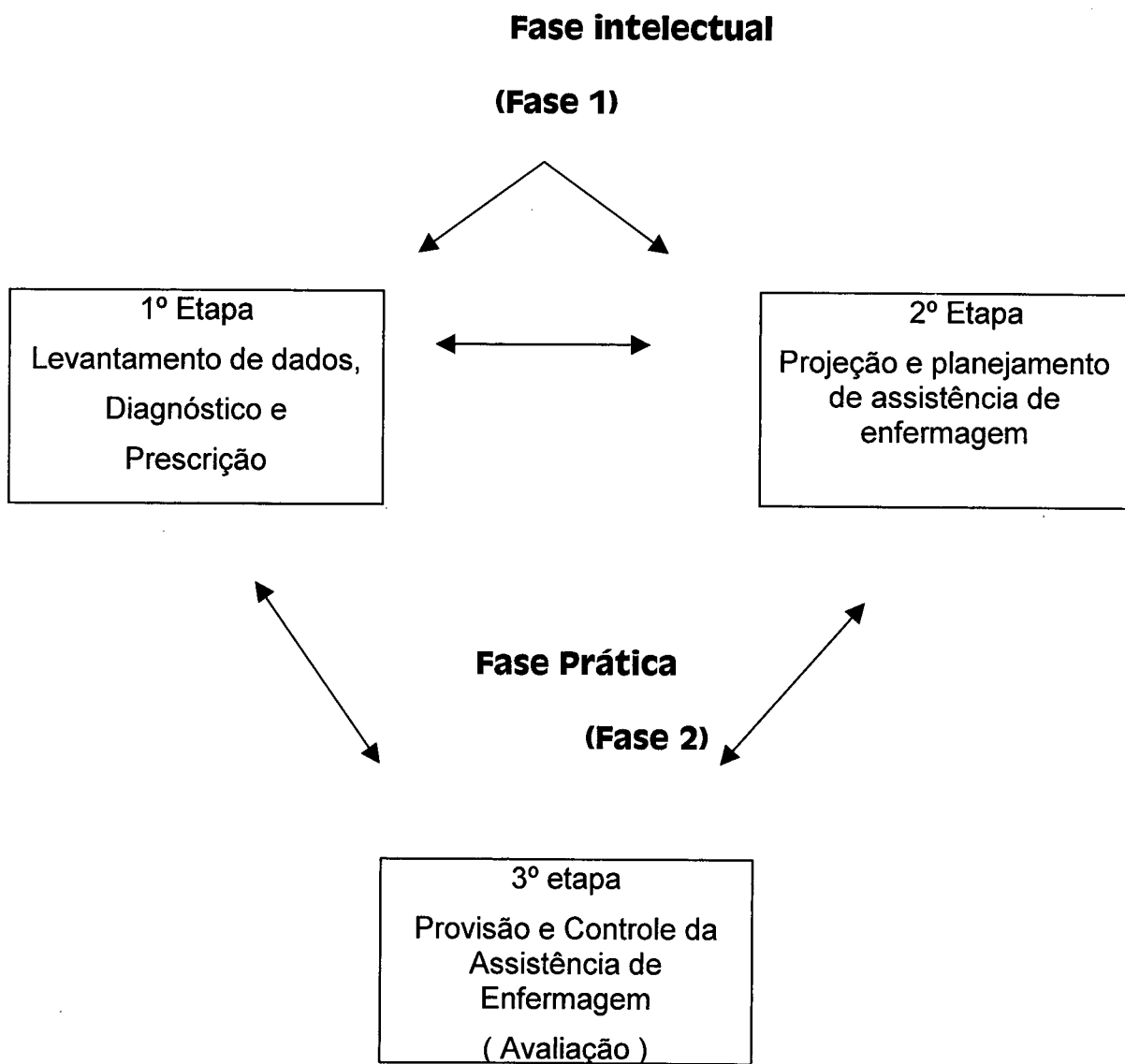
#### 5.1.1. Etapas do Processo de Enfermagem

A estrutura do processo de enfermagem, de acordo com Orem ( 1980, 1985 ) consiste de diferentes etapas, sendo que as mesmas compreendem duas fases: uma primeira denominada fase intelectual e, uma segunda que é a prática.

A estrutura do processo de enfermagem de Orem ( 1980-1985) com suas diferentes fases e etapas podem ser representadas pelo esquema a seguir<sup>2</sup>:

---

2 - As etapas do processo de enfermagem são indicados em todas as direções por ser a estrutura do processo de enfermagem dinâmico.



## **FASE INTELECTUAL:**

### **1ª etapa: Levantamento de Dados, Diagnóstico e Prescrição**

A primeira etapa do processo de enfermagem está constituída de operações de levantamento de dados, diagnóstico e prescrição. O diagnóstico implica em uma operação investigadora que permite as enfermeiras fazerem avaliações e julgamentos quanto a situação existente em relação ao cuidado à saúde e tomar decisões sobre o que pode e o que deve ser feito ( OREM, 1980, pg. 205 e 1985, pg. 225 ). Nesta etapa, Orem (1985) propõe que as enfermeiras façam os seguintes questionamentos:

1-Qual é a demanda terapêutica do auto-cuidado do paciente? Agora? Futuramente?

2-O paciente apresenta algum déficit para se engajar no auto-cuidado?

3-Se tem, qual a natureza e as razões para sua existência?

4-Deve o paciente ser impedido de se engajar no auto-cuidado e deveria proteger capacidades de auto-cuidado já desenvolvidas para propostas terapêuticas?

5-Qual é o potencial do paciente para se engajar nas ações de auto-cuidado em período futuro? Aumentar ou aprofundar o conhecimento de auto-cuidado? Aprender técnicas de auto-cuidado? É benéfica a vontade para se engajar no auto-cuidado? Incorporações de medidas efetivas de auto-cuidado e na vida diária relacionadas aos aspectos psicológicos, espirituais, sócio-econômicos e culturais (OREM,1985, pg.225 ).

Portanto o Levantamento foi desenvolvido a partir do Instrumento que está em anexo

### **2ª etapa: Projeção e Planejamento do Sistema de Assistência de enfermagem**

Segundo Orem ( 1985 ), a segunda etapa do processo de enfermagem envolve a projeção e o planejamento de sistemas de enfermagem. A projeção



consiste, essencialmente, em um processo de seleção de alternativas válidas para a implementação da assistência de enfermagem a um paciente, tão logo seus requisitos de limitação de auto-cuidado sejam identificados e descritos. O mesmo envolve basicamente duas operações: primeiro, fazer ocorrer uma boa organização dos componentes da demanda terapêutica do auto-cuidado dos pacientes e a segunda consiste na combinação de maneiras de ajuda que deverão ser tanto efetivas quanto eficientes para compensar ou superar os déficits de auto-cuidado. Neste sentido, Orem ( 1980, pg. 96-101 e 1985, pg. 152-159 ) propõe três tipos de sistemas de enfermagem relacionados com a dinâmica do auto-cuidado que são: sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema apoio educação.

### **3ª etapa: Provisão e Controle da assistência de enfermagem.**

O processo de Orem ( 1985 ), na terceira etapa envolve, a iniciação, a assistência e o controle do cuidado de enfermagem baseado no sistema de assistência de enfermagem projetado e nos detalhes do plano de cuidados de enfermagem. Essa fase constitui-se em um ciclo de assistir, checar, ajustar e avaliar as atividades desenvolvidas.

Neste trabalho esta etapa, que se constitui na fase prática do processo de enfermagem, foi operacionalizada, buscando checar se as ações de enfermagem planejadas para o atendimento à criança/adolescentes diabéticos foram ou não realizadas, determinar os resultados da ação de enfermagem e levantar os dados essenciais para o replanejamento ou reajuste do sistema de assistência de enfermagem ou plano para assistência continuada de enfermagem ao paciente.

## **5.2. Local do Estágio:**

Foi escolhido para o desenvolvimento do projeto assistencial o Hospital Infantil Joana de Gusmão, localizado à rua Rui Barbosa, n.º 152, Bairro Agrônômica, em Florianópolis-SC.

O Hospital possui uma área construída de 22.485 m<sup>2</sup>, com capacidade para 233 leitos, estando atualmente ativados 140 leitos, distribuídos nas seguintes especialidades: neonatologia ( berçário e UTI ), oncologia, queimados, doenças infecciosas e infecto-contagiosas, gastroenterologia, pneumatologia, nefrologia, cardiologia, adolescentes, desnutrição, clínica médica e cirurgia geral ( ortopedia, otorrino, plástica, oftalmo e buco-maxilo, entre outros ).

A instituição presta assistência à faixa etária de 0 a 15 anos, a nível de ambulatório, emergência e internações.

A equipe de enfermagem é composta por 40 enfermeiros, 66 técnicos de enfermagem, 223 auxiliares e atendentes de enfermagem.

O ambulatório do grupo C, local onde se realizou o estágio, contempla 13 consultórios, sendo que 3 atendem o hospital-dia ( unidade ambulatorial que presta assistência ao cliente e família, portadores do vírus HIV semelhante à utilizada à nível hospitalar convencional, estendendo-se ao domicílio nos casos de continuidade terapêutica ), 1 sala de recepção e 1 sala de espera.

O ambulatório conta com 1 enfermeira, 2 auxiliares de enfermagem, 1 funcionário de serviço geral, 1 funcionário para limpeza, sendo que todos trabalham período de 6 horas diárias.

O horário de funcionamento é das 7:00 – 19:00, horas de Segunda à Sexta-feira, e o atendimento ao diabético é realizado caso tenha paciente agendado, pois todos os médicos endocrinologistas atendem diariamente cada qual com sua escala, sendo que o atendimento exclusivamente ao diabético é realizado 1 vez por mês ( última sexta-feira de cada mês ).

O ambulatório foi inaugurado em dezembro de 1979, quando da inauguração do HIJG, sendo que foi chefiado durante 15 anos por uma atendente de enfermagem.

Há 10 anos o ambulatório passou a ter chefia de enfermagem e há 8 anos chefia médica, possuindo uma área física de 1580 m.

A marcação de consultas pode ser feita de duas maneiras: via agendamento de consultas, através dos postos de saúde e diretamente no registro geral do HIJG.

### **5.3. População Alvo**

A população alvo deste trabalho incluiu as crianças e adolescentes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 e suas famílias que procuravam o ambulatório do Grupo C do HIJG, necessitando de enfermagem para o seu auto-cuidado, independente do sexo, procedência, religião, estado social e nível de escolaridade, durante o período de 03 de maio à 02 de julho de 1999.

### **5.4. Registrando o processo**

O processo de enfermagem foi registrado sendo a forma proposta por Weed e aplicada por NITSCHKE, entre outros autores, que eram redigidas em uma ficha clínica, e após assinadas pela supervisora, sendo anexadas no prontuário. Isto facilitou muito a minha prática diária, possibilitando aos demais profissionais acesso às informações para um acompanhamento e favorecendo assim a continuidade da assistência.

Tal modelo contempla etapas incluindo aspectos como Subjetivos ( S ), Objetivos ( O ), Análise ( A ) e Plano de cuidados ou Prescrição ( P ). Esta proposta é conhecida em nosso meio por sua sigla SOAP.

Nos aspectos subjetivos ( S ), colocava-se o que os pais, ou outros membros da família, os profissionais da área da saúde e a própria criança ou adolescente

diabético relatavam-me ( assuntos referentes a doença ou não ). Assim contemplava-se o levantamento de dados.

Nos aspectos objetivos ( O ), apresentava-se tudo que eu observava durante a consulta, incluindo grau de envolvimento por parte dos familiares, sendo também destacado neste item, o exame físico incluindo peso, altura e glicemia capilar que era realizada na consulta através de um aparelho próprio fornecido pela acadêmica. Neste item o levantamento de dados também era contemplado .

No item análise ( A ), colocava toda a minha avaliação feita durante a consulta, destacando principalmente déficit de auto-cuidado, bem como a definição do sistema de assistência de enfermagem necessário para a situação. Incluía ainda outros pontos como desenvolvimento neuro-psico-motor e o gráfico de crescimento e desenvolvimento. Neste item, além da Segunda etapa, o diagnóstico e controle de assistência de enfermagem proposto por Orem era contemplado.

No plano ( P ), apresentava a demanda terapêutica, que integrava o plano de ações que favoreceriam o controle da doença, de acordo com o sistema de assistência de enfermagem, sendo em sua maioria caracterizado como sistema de apoio-educação e, às vezes, parcialmente compensatório identificados durante o processo.

## 5.5 A DIMENSÃO ÉTICA DA PRÁTICA

O código de ética dos profissionais de enfermagem leva em consideração, prioritariamente, a necessidade e o direito de assistência de enfermagem à população, os interesses do profissional e de sua organização. (CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM, 1993 ).

Citarei aqui algumas questões éticas as quais julgo importantes, e que foram respeitadas durante o decorrer do trabalho:

- Assegurar o aspecto facultativo das pessoas que participaram da prática assistencial;
- Deixar claro o tema, objetivos e modo de participação de cada pessoa logo no primeiro contato com as mesmas;
- Obter consentimento das pessoas para participação da prática assistencial;
- Programar atividades de maneira conjunta;
- Garantir anonimato e sigilo na identidade de todas as pessoas, usando nomes fictícios;
- Assegurar qualquer informação em qualquer momento da prática assistencial;
- Discutir e refletir com as pessoas sobre qualquer material escrito, para que as informações sejam as mais fidedignas possíveis;
- Utilizar máquina fotográfica somente com a autorização das pessoas, sendo que sua utilização estará sujeita a aprovação das mesmas após a revelação. ( MONTICELLI, apud. RAMOS & PFUTZENREUTER, 1999 ).

## 6. APLICANDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM

Durante o desenvolvimento do projeto foram cuidados 53 crianças e adolescentes junto a sua família, sendo que aqui trago a experiência de aplicação do processo com umas destas famílias, apresentando-a sob a forma de registro em subjetivo, objetivo, análise e plano, como se deu na prática.

### Levantando Dados

*Em dezoito de maio de 1999..... No ambulatório*

*S- J.F.J., 8a e 10m, branco, sexo masculino, religião católica, cursando a 3ª série do 1º grau, procedente e natural de Florianópolis, compareceu ao ambulatório do HIJG para uma consulta acompanhado de sua mãe.*

*Foi descoberto o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 em 04/01/99 por ocasião da internação.*

*Filho único de J.B.J., 33 anos, 2º grau incompleto, servidor público municipal e J.M.F.J., 35 anos, concluindo o magistério neste ano, também servidora pública municipal.*

*Com relação a manutenção de influxo suficiente de ar, a mãe relata que seu marido fuma ocasionando desconforto tanto para a mãe quanto para o filho.*

*J.M. ressalta que J. ingere pouco líquido, sendo preferido por este refrigerante diet e suco.*

*Não conhecem a importância do atendimento das necessidades de ingestão hídrica, fato comprovado pela mãe, pois esta ingere poucos líquidos, ocasionando problemas urinários.*

*Em relação a alimentação, J. tem uma dieta diária prescrita pela nutricionista de 2200Kcal, contendo seis refeições diárias, ricas em frutas e verduras segundo relata a mãe.*

*J. refere que o cachorro- quente é o seu alimento preferido e o chuchu o rejeitado. A mãe reclama que J. come rápido demais, não saboreando a comida.*

*A criança alimenta-se sozinha e segundo a mãe não existe nenhum fator ambiental que interfira no padrão de ingesta alimentar, ressaltando que não conhece bem os alimentos como fontes de nutrientes.*

*Com relação ao padrão de eliminação intestinal, J. não evacua todos os dias e, segundo a mãe, as fezes são duras, pois J. não têm paciência de ficar no banheiro para realizar suas eliminações. A urina é de coloração clara e é com bastante frequência que J. vai ao banheiro.*

*Os exercícios e atividades físicas praticadas por J. são a educação física realizada 3 vezes por semana na escola e também andar de bicicleta. A mãe diz saber sobre o conhecimento dos cuidados relativos a atividade física, ressaltando que o exercício faz a Diabetes ficar dentro do controle .*

*J.M. relata que J. dorme bem, em quarto próprio, no período da noite e, às vezes, à tarde, sem problemas em estabelecer e manter equilíbrio em atividade e repouso.*

*Em relação a manutenção do equilíbrio, recolhimento e integração social, a situação econômica da família não é suficiente para atender as necessidades da mesma, estimando uma soma em torno de R\$ 460,00 reais do casal.*

*A criança pretende participar da escolinha de futebol na comunidade, integrando-se assim em atividades comunitárias.*

*A família é formada há 14 anos e J.M. destaca como um evento negativo dentro desta, a bebida que seu marido ingere freqüentemente, levando tanto a mãe quanto o filho ao sofrimento.*

*Para J.M. a família significa uma união entre duas pessoas, onde são formados os filhos, sendo necessário nesta, compreensão e colaboração, destacando que sua família não é unida.*

*Com relação a enfermeira, equipe de enfermagem e de saúde, diz que suas expectativas são boas, e que o tratamento que recebe é adequado, pois suas dúvidas são esclarecidas, mas reclama que agendar consulta com o médico para J. é muito difícil, pois a agenda deste é sempre cheia.*

*Para J.M, enfermeira, equipe de saúde e de enfermagem têm como significado ajudar a comunidade a esclarecer suas dúvidas.*

*J. não têm alergias segundo a mãe, e o controle da Diabetes da criança é realizado com o Dr. P. C., conforme agendamento.*

*Segundo a mãe, residem em casa de madeira, própria, com 6 cômodos, habitando nesta 3 pessoas ( pai, mãe e filho ). A água é encanada, possui luz elétrica e rede de esgoto, tendo como animais domésticos 2 cachorros.*

*Em relação a avaliação das condições do DNPM, J. encontra-se em idade escolar e apresenta-se em relação ao desenvolvimento motor com capacidade de propor e realizar atividades físicas variadas; em relação ao desenvolvimento intelectual com noção de trabalhar com números, com o alfabeto; em relação ao desenvolvimento emocional e social, consegue realizar propostas junto ao grupo de amigos, passando grande parte do tempo em atividades fora do ambiente domiciliar, e finalmente com relação as brincadeiras e estimulação, J. aprecia brincadeiras como: esportes, jogos com bola, coleções de objetos, etc.*

*Diabetes para J.M. significava terror quando da descoberta do diagnóstico, agora diz estar mais tranqüila.*

*Os sintomas que conhecem são: excesso de urina, muita sede, emagrecimento e aumento do apetite.*

*Em relação a insulina diz saber pouco, mas sabe que sua conservação é na porta da geladeira.*

*Como significado de injeção, rodízio nas aplicações e complicações, relata a mãe que aplica em J. sempre em local adequado, fazendo rodízio nas aplicações, mas não sabendo explicar complicações.*

*Para J.M. glicemia, glicosúria, cetonúria e hemoglobina glicosilada são todos exames realizados no sangue.*

*Os locais de aplicação J.M. e J. sabem explicar e dizem que são na barriga, na perna, no braço e nas nádegas.*

*Com relação aos cuidados, tanto a mãe quanto o pai e a criança realizam, e todos aplicam em J., assim como ele mesmo.*

*Os valores são anotados em um caderno, sendo feito com aparelho para registrar a glicemia.*

*Hipoglicemia para a mãe, é quando não tem quantidade de açúcar adequada e hiperglicemia é quando tem açúcar demais.*

*O tratamento de J. é feito com insulina NPH e R.*

*Em relação a dieta, segue a recomendação nutricional, os exercícios sabe que servem para queimar o açúcar no sangue quando a glicemia está alta, e a insulina é o que controla a Diabetes.*

*J. diz gostar de si e se sentir bem.*

*Na família existe um caso de Diabetes que é a sua avó materna ( tipo 2 ).*

*Com relação a participação dos outros membros da família, a mãe é a que mais se identifica com J., sendo ela que sempre faz o acompanhamento da criança.*

*Recebem informações e orientações em um grupo de apoio dos Diabéticos na comunidade da Costeira, e às vezes no Hospital Universitário.*

*J.M. relata que a criança recebe mais apoio dela com relação a auto-aplicação e refere que gostaria muito que seu marido participasse mais ativamente do tratamento de seu filho, mas a criança ressalta que não tem um bom entendimento com o pai.*

*Em relação a escola, a Diabetes não está interferindo nesta, e J. têm vários amigos.*

*Como um fator que dificulta o tratamento J.M. cita as fitas para glicemia, pois diz ser muito caras.*

*Para J.M. saúde é a parte mais importante que se têm na vida e, não ingerindo o que não é adequado, é possível viver uma vida saudável, a doença para esta é a pior coisa que se possa ter.*



*Ressalta que gostaria de uma visita domiciliar principalmente por causa do seu marido, para maiores esclarecimentos, apoio e incentivo.*

*O- Criança corada, hidratada, lúcida e contactuante.*

*Facies: agitada*

*Peso de nascimento: 3,490 Kg*

*Estatura de nascimento: 48,5 cm*

*Peso atual: 33Kg*

*Estatura atual: 1,33 cm*

*Pele e mucosas: coradas*

*Cabeça: crânio forma arredondada, consistência firme*

*Couro cabeludo: com distribuição adequada dos cabelos*

*Face: coloração normocorada*

*Olhos: simétricos, espaço inter-ocular: sp., pupilas isocóricas, integridade e coloração das mucosas e conjuntivas: sp.*

*Nariz: sem coriza, descongestionados*

*Boca/lábios: cavidade bucal íntegra, cor dos lábios: róseos*

*Ouvidos: indolores à palpação*

*Pescoço: tonicidade muscular e flexão presente, ausência de gânglios e nódulos infartados.*

*Tórax: sem problemas*

*Mamas: mamilos simétricos, consistência flácida, ausência de secreções e ingurgitamento.*

*Panículo adiposo: escasso*

*Abdômen: normal*

*Umbigo: sem alterações*

*Região inguinal: ausência de dor à palpação*

*Genitais: masculino*

*Pênis de tamanho normal, retração: sp., integridade: sp., localização do meato urinário: no centro, tamanho e simetria da bolsa escrotal: sp., localização dos testículos: na bolsa.*

*Dorso: íntegro, sem alterações*

*Forma: ereto*

*Vértebras: sem problemas*

*Ânus e reto: higiene sem problemas*

*Extremidades- MMSS e MMII: íntegro, simétrico, com mobilidade*

*Mão: sem problemas*

*Pés: sem problemas*

*Amplitude dos movimentos: total*

*Ausência de lipodistrofia*

*Glicemia capilar: 125 mg/dl ( 11:00 ).*

## **Diagnosticando, Projetando e Planejando o Sistema de Assistência de Enfermagem**

*A-*

*\* Déficit de manutenção de influxo suficiente de ar, ocasionado pela fumaça do cigarro do pai da criança, demandando SAE;*

*\* Déficit com relação a importância do atendimento das necessidades de ingestão hídrica, provavelmente pela falta de orientações, demandando SAE;*

*\* Mãe e filho apresentam déficit de conhecimento com relação a alimentação, provavelmente por falta de orientações, demandando SAE;*

*\* Criança apresenta déficit de auto-cuidado com relação ao padrão de eliminação intestinal, provavelmente por maus hábitos alimentares e falta de paciência para as eliminações, demandando SAE e SPC;*

*\* Situação familiar apresenta conflito, pelo motivo do pai ingerir bebidas alcoólicas frequentemente, demandando SAE e SPC;*

*\* Marcações de consultas esgotadas, dificultando o agendamento para criança e ocasionando provavelmente uma distância grande entre uma consulta e outra, demandando SAE e SPC;*

- \* Criança apresenta-se independente da família para o auto-cuidado, demandando SAE;*
- \* DNPM adequado para a idade, demandando SAE;*
- \* Gráfico de desenvolvimento pôndero-estatural apresenta-se com relação ao peso no percentil 90 e com relação a altura entre o percentil 75 e 90, demandando SAE;*
- \* Déficit de orientações tanto a mãe quanto o filho, com relação a insulina, complicações, exames, provavelmente por falta de orientações, demandando SAE;*
- \* Criança apresenta déficit de apoio com relação ao pai, demandando SAE e SPC;*
- \* Glicemia apresenta-se no valor normal, dentro do padrão de 80 a 180 mg/dl, demandando SAE.*

## **Prescrevendo, Provendo e Controlando a Assistência de Enfermagem**

### *P- Demanda Terapêutica*

- \* Orientar o pai com relação a nicotina, incentivando que o mesmo evite de fumar perto de sua família, evitando assim interferências na respiração destes ( SAE );*
- \* Orientar a família em relação a ingesta hídrica, sendo importante fonte para o atendimento das necessidades do corpo e também importante com relação a episódio de hipoglicemia (SAE);*
- \* Conversar com a família para que a mesma procure um serviço nutricional no hospital facilitando assim as dúvidas com relação a alimentação ( SAE );*
- \* Incentivar a criança a comer alimentos ricos em fibras e manter paciência com relação as eliminações ( SAE e SPC );*
- \* Conversar com a família para estimular o pai a procurar apoio com psicólogo colaborando assim em uma boa qualidade de vida (SAE e SPC );*
- \* Estimular a família com relação ao agendamento para consultas médicas e insistir que não desista de marcar mesmo estando esgotada, e caso precise urgência na consulta conversar com o médico ( SAE e SPC );*
- \* Parabenizar a criança pelo auto-cuidado que esta desempenha com relação a injeção, alimentação e exercícios ( SAE );*
- \* Incentivar o pai para ajudar no cuidado em relação ao seu filho, colaborando assim no tratamento deste, transmitindo-lhe amor e afeto ( SAE e SPC );*

*\* Fornecer e discutir informações sobre Diabetes, através do fornecimento de impresso explicativo e folder ( SAE );*

*\* Esclarecer dúvidas que apresentam com relação a insulina explicando os diferentes tipos, conservação, validade, complicações ( hipo/ hiperglicemia e cetoacidose diabética ), exames, diferenciando que a Glicemia é realizado no sangue, glicosúria e cetonúria na urina e hemoglobina glicosilada realizada no laboratório para ver como esteve a glicemia nos últimos 60 dias ( SAE );*

*\* Orientar e convidar para a oficina de educação e saúde ( SAE );*

*\* Parabenizar a família em relação ao valor da glicemia por estar dentro do padrão: 70 à 180 mg/dl ( SAE );*

*\* Discutir com a família sobre a possibilidade de realizar uma visita domiciliar, informando a família que levarei como material previsto: glucosímetro, fita para glicemia, algodão com álcool, insulina, seringas de 100/50/30 U, cartaz com desenho dos pontos de aplicação para insulina, impresso explicativo, folder e gráfico de desenvolvimento pômbero estatural ( SAE );*

*\* Realizar visita domiciliar com o objetivo de conhecer o ambiente familiar ( condições de moradia, saneamento básico e infra-estrutura ), no qual a criança está inserida e orientar a família junto a criança insulino-dependente através de ações educativas com relação as dúvidas ou dificuldades apresentadas, discutindo aspectos sobre cuidados em geral, buscando o envolvimento da família, respeitando sempre seus valores culturais, crenças e hábitos de vida ( SAE );*

*\* Apontar os objetivos da visita expondo cada item ( SAE );*

*\* Esclarecer dúvidas recentes que os membros da família apresentarem; reforçar todas as orientações enfatizando a dieta e insulina; verificar o desenvolvimento pômbero-estatural da criança, colocando seu peso e estatura no gráfico; distribuir impresso explicativo e folder para os demais membros da família que não receberam na consulta discutindo-o; realizar glicemia capilar da criança, anotando o horário e analisando o valor; conversar com o pai, se possível, especificamente sobre o assunto “álcool”, encerrar a visita agradecendo a disponibilidade da família; convidar para retorno ao ambulatório para participação da atividade educativa a se realizar ( SAE ).*

**Em primeiro de junho de 1999... No domicílio**

### **Levantando os Dados**

*S- Realizando a visita domiciliar na casa de J.F.J. fui questionada várias vezes sobre as dificuldades no controle da Diabetes, principalmente pelo pai da criança.*

*O pai J.B.J. relatou-me que não sabia contar os riscos da seringa; desconhecia termos como hipoglicemia, hiperglicemia e cetoacidose diabética e que não sabia o que fazer diante de tais complicações.*

*Questionou-me também assuntos referentes a dieta e exercícios.*

*Relatou-me que se ocorresse um episódio de hipoglicemia com a criança lhe daria uma banana ao invés de uma bala, destacando ser mais nutritiva.*

*Em relação à atividade física, deseja levar seu filho para conhecer a praia da Lagoinha, sendo este um passeio que sonha em realizar com ele.*

*A mãe J.M.F.J. refere ter dúvidas somente com a contagem dos riscos da seringa de insulina e ressalta que eu, acadêmica, esclareci todas as suas dúvidas na consulta de enfermagem realizada.*

*A avó relatou-me que acha seu neto pequeno demais para fazer a auto-aplicação da insulina e que sente medo quando seu neto está dormindo ou muito quieto, acreditando que vai lhe ocorrer alguma complicação.*

*O- Durante a visita domiciliar pude observar a residência no qual a criança esta inserida, e constatei que a casa é de madeira, com 6 cômodos, habitando 3 pessoas ( pai, mãe e filho ), sendo que a avó da criança é vizinha próxima.*

*A água é encanada, possuindo rede elétrica, com instalações sanitárias, eletrodomésticos, boas condições higiênicas e com telefone.*

*A casa é própria e legalizada, bem arejada, iluminada, sem umidade e com boa temperatura.*

*Têm como animais domésticos 2 cachorros.*

*Em relação aos aspectos culturais, observei que os pais mantêm em casa uma planta chamada “pé de insulina” da qual desejam fazer chá para seu filho, pois o pai acredita em simpatia.*

*Observei no decorrer da visita que a criança é mais apegada a mãe, pois durante toda a visita não saía do lado dela.*

*A criança mostrou-se muito carinhosa comigo, abraçando-me e beijando-me.*

*A mãe relatou-me que gostaria que eu realizasse uma palestra no colégio de seu filho para que todos no colégio fossem orientados em relação a Diabetes tipo 1.*

*No final da visita, todos agradeceram muito a minha visita, presentearam-me com bergamotas. O pai confirmou sua presença na oficina que se realizaria no HIJG, e me acompanharam até o posto de saúde do bairro para que eu pudesse mostrar o outro tipo de seringa para insulina que existe para a criança.*

## Diagnosticando, Projetando e Planejando o Sistema de Assistência de Enfermagem

A-

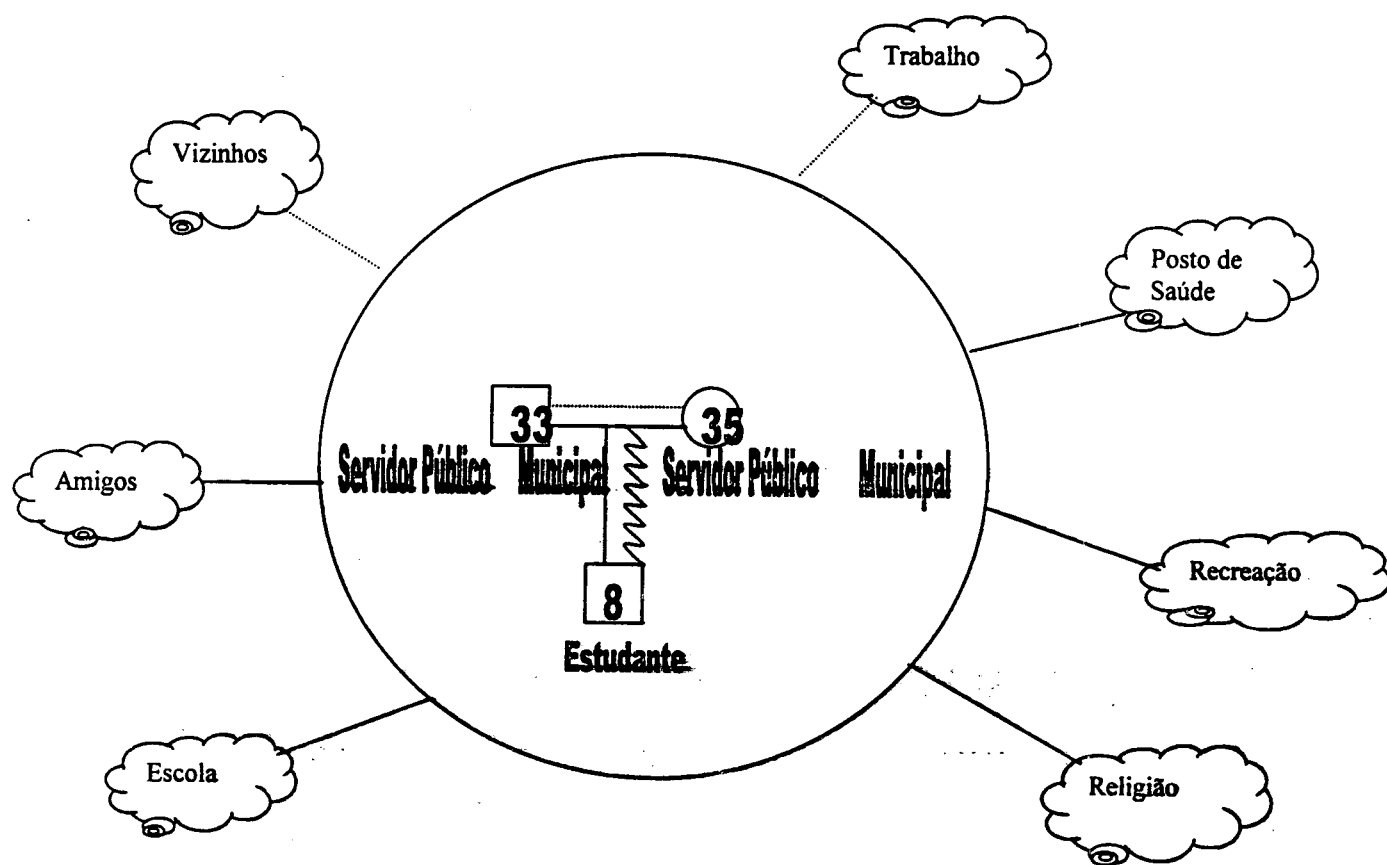
- \* O pai mostrava-se interessado, mas um tanto inquieto, demandando SAE;*
- \* A mãe não estava feliz com relação ao seu médico, ressaltando sempre que gostaria de trocar, demandando SAE;*
- \* A avó mostrou-se muito preocupada com a criança durante a visita, e principalmente com seu filho, o pai de J.F.J., chamando-lhe atenção várias vezes para que o mesmo se concentrasse, demandando SAE;*
- \* Observei que na família existia um clima de tensão entre pai-filho, pai-mãe e pai-avó, sendo que o alvo da família é o pai, demandando SAE;*
- \* O pai da criança apresentava-se com muitas dúvidas em relação a contagem dos riscos da seringa de insulina, complicações da Diabetes, dieta e exercícios, provavelmente por falta de orientações, demandando SAE;*
- \* A mãe da criança apresentava-se com dúvidas em relação aos riscos da seringa de insulina, provavelmente por falta de orientações, demandando SAE;*
- \* A avó sente-se muito preocupada com seu neto e seu filho, provavelmente por falta de orientações e falta de confiança no seu filho, demandando SAE e SPC;*
- \* A casa atende as necessidades da família, demandando SAE;*
- \* A fonte de renda familiar não é suficiente para atender as necessidades pessoais e da família, demandando SAE;*
- \* Os métodos alternativos para o tratamento da Diabetes pretendem ser realizados, devendo ser respeitados, demandando SAE;*
- \* A criança tem maior afinidade com a mãe, provavelmente por falta de apoio ou carinho do pai, demandando SAE;*
- \* A mãe mostra-se insatisfeita com seu médico, talvez por falta de entendimento entre estes, demandando SAE;*
- \* O pai é um fator essencial da família, sendo necessário maior colaboração por parte deste, demandando SAE;*

## **Prescrevendo, Provendo e Controlando a Assistência de Enfermagem**

### *P- Demanda Terapêutica*

- \* Informar o pai assuntos referentes a Diabetes em geral, dando maior ênfase no que foi questionado ( SAE );*
- \* Orientar a mãe sobre a seringa da insulina, mostrando-lhe e pedindo-lhe que demonstre o que lhe foi explicado ( SAE );*
- \* Apoiar e conversar com a avó, para que consiga estabelecer um vínculo mais harmonioso com seu filho, encorajando-o, e também que não se sinta tão preocupada com seu neto, pois este é uma criança que pode viver uma vida normal ( SAE );*
- \* Conversar com os pais para que na prática do tratamento alternativo como chás, evitar de colocar açúcar ( SAE );*
- \* Estimular o pai a manter uma relação mais amiga e de tranquilidade com seu filho ( SAE );*
- \* Conversar com a mãe a procurar outro endocrinologista ou conversar com o médico se necessário, para possíveis soluções ( SAE );*
- \* Estimular o pai a participar mais ativamente do cuidado com seu filho, incentivando-o e auxiliando-o ( SAE );*
- \* Fornecer e discutir o impresso explicativo e folder ( SAE );*
- \* Comunicar e convidar toda a família a participar da oficina educativa ( SAE ).*

GENOGRAMA E MAPA DAS INTERAÇÕES:





## 7.Avaliando o Alcance dos Objetivos:

### Objetivo 1-

#### Elaborar, aplicar e avaliar o marco conceitual:

Considero que este objetivo foi alcançado, pois:

- Foi realizada consulta bibliográfica para elaboração do marco;
  - Foram elaborados conceitos de acordo com a situação vivenciada;
  - O marco foi desenvolvido, aplicado e avaliado, contemplando a situação da criança, adolescente diabético e sua família, conforme discuto a seguir.
- Os conceitos utilizados pela acadêmica de acordo com a Teoria de Orem foram: Ser-Humano, Auto-Cuidado, Enfermagem, Saúde, Doença, Meio-Ambiente, Competência do Indivíduo para o Auto-cuidado, Demanda Terapêutica do Auto-cuidado e Competência ou Poder da Enfermagem para o Auto-cuidado.

Todos estes conceitos envolvidos no marco conceitual visavam a promoção, manutenção e recuperação da saúde, sendo que de um modo geral todos os conceitos foram utilizados

A aplicação do marco conceitual possibilitou-me compreender os conceitos, bem como as dificuldades destas crianças diabéticas e seus familiares.

Percebi que trabalhar com um marco conceitual me facilitou e serviu como um caminho para que eu pudesse me relacionar com a criança, adolescente diabético e sua família, ajudando-me a verificar o que era importante observar, planejar, além de me fazer refletir sobre crenças, valores, conceitos, onde seguia uma teorista na qual acreditava.

Acredito que quando trabalhamos com um marco conceitual, fica explícito, tanto para nós mesmos quanto para os outros, quais são os pressupostos que utilizamos e desenvolvemos na prática.

Para mim houve facilidade em aplicar o marco conceitual, pois desenvolvi uma afinidade com a teoria, sendo que os conceitos elaborados pela teorista, em sua

maioria, mostravam-se de acordo com os meus pressupostos pessoais, crenças e valores.

Orem coloca que o Ser-Humano “ É o detentor das decisões sobre si próprio e conduz sua vida, de forma a manter-se em equilíbrio consigo mesmo e com o ambiente”.

Penso que é um ser social, é capaz de decidir, agir em seu benefício, adaptando-se ao ambiente e situações diversas.

Neste caso, minha compreensão de Ser-Humano, está de acordo com o Ser-Humano proposto por Orem, que possui necessidades e que precisa desenvolver ações de auto-cuidado para manter seu bem-estar.

GEORGE (1993), tratando OREM, coloca “Que os seres-humanos diferem das outras coisas vivas por sua capacidade de refletir a cerca de si mesmo e de seu ambiente, de simbolizar aquilo que vivenciam”.

Na minha prática assistencial, o ser-humano mostrou-se as crianças e adolescentes diabéticos, suas famílias e a equipe profissional que têm capacidade de refletir e, com a minha ajuda, incluindo ações educativas, foram capazes de realizar seu auto-cuidado.

Orem conceitua o Auto-Cuidado como “A prática das ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter a vida, a saúde e o bem-estar”. Concordo com a teórica, apresentando como exemplo 3 crianças que atendi. L.9 anos, M.12 anos e P. 13 anos eram crianças que desempenhavam ações de auto-cuidado, então acredito que estas crianças já conseguiram atingir um estado de maturidade que as tornam capaz de realizar uma ação eficaz em prol do seu bem-estar.

O auto-cuidado desenvolvido traz muita contribuição para quem o executa. Torna-o independente, com responsabilidade para cuidar de si mesmo, mantendo sua saúde, bem-estar e sua própria vida.

Segundo Orem, a Enfermagem “ É ação voluntária, é serviço, arte e tecnologia”. Então, penso que a enfermagem está comprometida com o cuidado, com a finalidade de integração, confiança e apoio e sei que na definição da

teorista esta quer destacar que não é algo sem interação, sem envolvimento e sim uma profissão que proporciona condições humanamente desejadas.

Orem coloca que qualquer alteração ou influência em qualquer um dos componentes dos sistemas ( ser-humano, meio-ambiente ), pode afetar a interação dos indivíduos no desempenho das ações de auto-cuidado.

Concordo com a teorista no que ela coloca, pois na realização de uma das visitas, pude comprovar que o ambiente familiar não estava bem, pois a família apresentava-se em um clima tenso e de desarmonia.

Atender a família em crise requer por parte do profissional, além do domínio do conhecimento desenvolvido sobre estas questões, a adequação do conceito, referencial teórico selecionado à situação específica vivenciada pela família naquele momento ( ELSSEN, 1994 ).

Orem (1985) refere que a Doença “É qualquer alteração da estrutura normal ou do funcionamento, constituindo-se em ausência de saúde no sentido de totalidade ou integridade do ser-humano”. Cito como exemplo, neste caso, uma criança que atendi. W. 5anos era uma criança que se mostrava amada pela família, mas no entanto bastante receosa, segundo relato da avó, quanto a aplicação da insulina. A avó também é muito preocupada com seu neto, pois a Diabetes para ela é uma doença perigosa e isto gera muita insegurança nela.

Então, a criança, neste caso, apresenta uma doença que é a Diabetes e que altera sua estrutura normal e que também neste caso atinge a avó, por preocupar-se com a doença e achar perigosa.

Orem coloca Saúde como “Um estado de totalidade ou integridade do ser-humano com indivíduo, suas partes e seu modo de funcionamento”.

Não concordo com este conceito de Orem, pois como pode um ser-humano estar num estado de totalidade e integridade?

Para manter a saúde há necessidade de desempenhar ações de auto-cuidado e manter um equilíbrio harmônico entre o ser- humano e o meio em que vive, onde qualquer alteração no seu estado físico, mental e espiritual favorecerá o surgimento da doença.

Orem define Competência do indivíduo para o auto-cuidado sendo: “O poder, a competência ou potencial do indivíduo para se engajar no auto-cuidado ( ... ), é um símbolo para uma característica humana, uma capacidade para uma forma de ação que começa a se desenvolver na infância, atinge uma grande perfeição como adulto e declina com o avançar da idade”.

Para que as crianças adquirissem competência para o auto-cuidado, foram discutidos diversos pontos pela acadêmica, pois estando bem informados e convenientemente motivados poderiam para se engajar nas ações de auto-cuidado.

Preciso colocar que em todos os momentos da minha prática assistencial acreditei na capacidade e no potencial do ser-humano de se auto-cuidar, buscando-se esclarecer suas dúvidas para que pudessem aprender.

Compreendi que os pais destas crianças necessitavam de ajuda contínua, pois os problemas que enfrentam diante desta situação não são fáceis, por isso sei da importância de ajudá-los e encorajá-los para que possam alcançar o equilíbrio emocional.

Não acredito que todas as pessoas que se tornam adultas atinjam uma grande perfeição para se engajar no auto-cuidado como Orem coloca, pois as pessoas podem se tornar adultas desempenhar suas ações de auto-cuidado mas não desempenharem com perfeição.

Na pesquisa realizada por NITSCHKE, as próprias famílias questionam a questão da perfeição, que se mostra como um mito.

Se num primeiro momento elas colocam : *“Uma maneira de ser família saudável é não ter dificuldades, não ter conflitos, não ter problemas psicológicos, ser completa, enfim é chegar a perfeição!!!”* .

Logo a seguir elas repensam e fazem colocações como: *“Perfeito; não tem. O que é perfeito? O conceito da palavra? Existe perfeição?”, “Não existe ninguém perfeito”, “Não ser perfeito porque ninguém é. E se alguém acha que tem que ser perfeito, eu acho que isso é uma questão de doença. E a gente, por levar muito a sério, às vezes a gente esquece da gente mesmo. Tentar querer dar conta daquilo ali, porque a gente acha que é responsável. Tu tem que dar conta e às*

*vezes tu não consegues. A gente fica até meio de coração apertado. Puxa vida, hoje eu não dei conta daquilo ali! Aí vem a cobrança do outro dia”.*

Deste modo, conforme Nitschke ( 1999 ), pode-se “chamar atenção que a existência deste mito está sempre em retroalimentação. Há indicações de que já que existe família perfeita ( mesmo não se sabendo onde e quando ) nesta teatralidade que é a vida, quando alguma família é apresentada para o público, ela deve representar o papel de ser a família perfeita. Deste modo, será possível encontrar a família perfeita. Para os outros, a nossa família será perfeita. Para nós, a família perfeita será a dos outros” (NITSCHKE, 1999 ).

Para Orem “A demanda terapêutica do auto-cuidado, constitui em essência, na prescrição de ações contínuas de auto-cuidado, através do qual os requisitos de auto-cuidado identificados podem ser satisfeitos dentro de certo grau de efetividade”.

Consegui através de um plano de ações, verificando cada requisito de auto-cuidado (universal, desenvolvimental e de desvio de saúde ), formular este plano para desenvolvimento de ações de auto-cuidado

Competência ou poder da enfermagem para o auto-cuidado, segundo Orem , “refere-se à capacidade ou potencial que a enfermagem tem para desempenhar ações de auto-cuidado para, pelo e com o indivíduo”.

Orem estabelece três tipos de sistemas de enfermagem que podem ser utilizados ( Sistema de apoio educação- SAE, Sistema parcialmente compensatório- SPC e Sistema totalmente compensatório- STC ). Na minha prática assistencial utilizei a maioria das vezes o SAE, pois as crianças e seus familiares necessitavam de meu apoio a partir de práticas educativas para adquirirem habilidade, poder decisório e comportamento de controle em relação às necessidades de auto-cuidado.

Um conceito que foi necessário incluir a partir do projeto foi o de família, sendo que “Falar em família é mergulhar em águas de diferentes e variados significados para as pessoas, dependendo do local onde vivem, de sua cultura e, também, de sua orientação religiosa e filosófica, entre outros aspectos. A família tem sido apresentada, representada e reapresentada, sob diferentes definições, noções,

conceitos, tipos e mesmo atribuições, podendo ainda ser vista segundo diferentes linhas teóricas distintas”( NITSCHKE, 1999 ).

As famílias que atendi nas consultas de enfermagem eram as famílias das crianças diabéticas, que tinham sentimentos e que através da interação, foi possível conhecê-las melhor aprendendo, experienciando e compartilhando, momentos preciosos ao lado delas.

## **Objetivo 2-**

**Desenvolver, implementar e avaliar uma metodologia para desenvolver o cuidado de enfermagem junto à criança, adolescente e sua família.**

Considero que este objetivo foi alcançado, pois:

- Operacionalizei o marco através do processo de enfermagem, aplicando-o junto à criança, adolescente e sua família, tanto no ambulatório, quanto na unidade de internação e no domicílio;
- Foi construído um instrumento para coleta de dados;
- Foram desenvolvidos cuidados com a criança e adolescente diabético e sua família;
- As principais necessidades do paciente foram identificadas;
- Foi possível relacionar a teoria à prática de modo constante;
- Foi realizada consulta de enfermagem;
- Foram realizadas visitas domiciliares;
- Foram promovidas atividades educativas como as oficinas.

## ✕ **Operacionalizando o marco através do processo de enfermagem**

A operacionalização deste marco na prática assistencial foi desenvolvida através do processo de enfermagem que é a metodologia que utilizei na prática de enfermagem.

O processo de enfermagem utilizado foi baseado com a Teoria do Auto-Cuidado de Orem, contemplando as diferentes fases que se apresentaram sempre juntas e dinamicamente na minha prática assistencial.

Foi possível perceber que as ações realizadas estavam em consonância com os os objetivos desejados, considerando-se os fatores ambientais, tecnológicos e humanos, sendo, ainda, desenvolvidas de acordo com o planejamento e sendo controladas para verificar se estavam sendo alcançados.

Como já citei, as fases e etapas do processo de enfermagem utilizadas foram realizadas dinamicamente, pois acredito que a estrutura do processo de enfermagem de Orem é um sistema de ir e vir contínuo. Há uma relação entre todas as fases e todos os passos estão interligados, pois não se pode trabalhar as etapas isoladamente, sendo difícil separar a fase intelectual e a prática. Isto seria uma dicotomia.

A partir do **levantamento de dados**, abordava perguntas referentes ao auto-cuidado da criança, adolescente, família e doença em questão. Após realizava-se o **diagnóstico**, fazendo-se a definição dos requisitos de auto-cuidado e a **projeção e o planejamento do sistema de assistência de enfermagem**. Verificava-se, assim, a demanda dentre os 3 tipos de sistemas de enfermagem; sistema totalmente compensatório ( STC ); sistema parcialmente compensatório (SPC ) e sistema de apoio educação ( SAE ).

Posteriormente, realizava-se a **prescrição**, fazendo-se a **provisão e controle das ações de enfermagem** definindo-se a demanda terapêutica. A seguir, avaliavam-se as atividades desenvolvidas, checando-se se na prática as ações das crianças, adolescentes e famílias, e refletindo sobre a situação e o sistema de assistência de enfermagem proposto, retornando-se, portanto, para o levantamento de dados, o diagnóstico e a projeção.

### ***✕ Construindo um instrumento para coleta de dados, avaliando-o e implementando-o***

Com base na teoria do auto-cuidado de Orem e, através de um roteiro construído conforme anexo, coletavam-se dados relacionados aos requisitos de auto-cuidado universal, desenvolvimental e de desvio de saúde.

Observei que o roteiro que utilizei me facilitou em vários aspectos, abordando o ser-humano na sua integralidade, não só ligado a doença.

O roteiro não foi algo seguido à risca, mas me serviu como um guia para que eu não deixasse passar em branco algo que seria importante abordar.

As informações colhidas foram sempre de maneira o mais informal, gradativa e contínua possível, tanto nas consultas de enfermagem realizadas no ambulatório, como na unidade de internação e no domicílio; incentivando-se a participação de todos os membros da família no cuidado e sempre respeitando os hábitos e costumes destes, assim como o ambiente onde vivem.

O processo de enfermagem precisou de constantes ajustes, para tornar o marco de acordo com a prática.

Os requisitos de auto-cuidado que no instrumento, inicialmente, apresentavam-se na ordem: universal, desenvolvimental e de desvio de saúde, foram invertidos. Na prática, observei que era sempre priorizado o requisito de desvio de saúde, pois afinal era por este motivo que as famílias procuravam o serviço, sendo inclusive esta a sua identidade. Assim, a própria prática direcionou a sua mudança, abordando aspectos relativos à história de Diabetes tipo 1, na parte inicial, como segue em anexo.

As perguntas que utilizava referentes ao desvio de saúde eram sempre abertas e, em nenhum momento, induziram ao paciente relatar algo que não gostaria de dizer, ao contrário, colaborou muito para que a criança e seus familiares pudessem colocar o que desejavam.

Após a mudança, pude constatar melhoras no meu roteiro, pois não deixei de atingir o meu objetivo de realizar consulta de enfermagem com fins educacionais.



De acordo com Orem, apud George ( 1993 ), a coleta de dados propicia o enfermeiro fazer apreciações sobre a situação existente de cuidado e saúde, e a decisão sobre o que pode e deve ser feito.

O roteiro facilitou minha prática, pois pude colher várias informações da criança diabética e sua família, abordando diversos aspectos e me permitindo levantar o grau de conhecimento que estes tinham sobre a doença, além de suas experiências pessoais.

Durante a minha prática assistencial utilizei também o Genograma e Mapa das Interações, conforme anexo, sendo também outro instrumento para coleta de dados.

O genograma interacional é uma representação gráfica e diagnóstica que permite constatar o parentesco e o tipo de interação existente entre os diferentes membros da família. O mapa das interações é a representação diagramática do tipo de interação existente entre a família da criança diabética e a sociedade (Baseado em NITSCHKE, 1991 ).

Através dele pude entender sua relevância após tê-lo aplicado junto a família da criança diabética em mais de uma consulta. Percebi que em apenas uma consulta não conseguiria preenchê-lo de uma forma interativa, sendo que considereei que a visita domiciliar me trouxe oportunidades para que eu pudesse completá-lo, além da realização da consulta no ambulatório.

Tanto o genograma como o mapa das interações foram feitos a partir da percepção da família e, através destes pude verificar como era a relação da família que tem uma criança diabética com os vizinhos, amigos, escola, religião, recreação, posto de saúde do bairro, trabalho e a própria relação entre eles. A partir do que foi identificado conseguia trabalhar com eles o motivo da super-aproximação, distanciamento, aproximação e até mesmo o stress ou conflito, formulando uma demanda terapêutica através dos déficits encontrados.

Acredito que ao trabalhar com o genograma era necessário primeiro familiarizar-se com quem eu estava trabalhando, facilitando assim a visualização da família, seus pensamentos e relacionamentos.

### ***Realizando consultas de enfermagem a pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1***

As consultas eram realizadas diariamente, com duração de 30 min. à 1 hora, de acordo com as necessidades de cada família, sendo que atingiram um público de crianças diabéticas de 1 ano à adolescentes de 17 anos, sendo supervisionadas pela Enfermeira Clarice.

Assim, a consulta era realizada, trocando e fornecendo informações, relatando experiências, orientando assuntos referentes a dieta, exercícios, exames exclusivos para os diabéticos ( glicemia, glicosúria, cetonúria e hemoglobina glicosilada ), insulinoterapia, complicações, entre outros.

Todas as orientações fornecidas eram realizadas com o intuito de envolver as crianças e familiares na promoção do auto-cuidado, ressaltando mais uma vez que o processo de assistência era realizado de uma forma integral.

Nas consultas que realizava, mostrava o aparelho para verificar a glicemia juntamente com as fitas, as seringas de 30, 50 e 100 U, destacando que na seringa de 30 e 50 cada risco equivalem a 1 U e na seringa de 100 U cada risco equivalem a 2U. Apresentava também o frasco de insulina demonstrando a técnica correta, a partir do treinamento de simulação em uma laranja. Destacava ainda a importância do revezamento dos locais de aplicação através de um desenho que mostrava os locais de aplicação. Além disso apresentava à criança e sua família a pirâmide alimentar, explicando-lhes a importância do horário da alimentação e da dieta equilibrada. Para tal tive orientações com a nutricionista do hospital. No exame físico observava presença de lipodistrofias, edemas, hematomas, entre outras irregularidades que podem ocorrer com a criança, também avaliava o DNPM da criança e observava o seu gráfico de crescimento.

BRUNNER ( 1994 ) coloca que "A disposição emocional pode ser promovida pela criação de uma atmosfera positiva de calor humano e aceitação e, pelo estabelecimento de objetivos realistas para o aprendizado com o paciente, de modo que ele possa ter êxito e a sensação de realização que são, por si sós, motivadores do aprendizado".

Durante minha prática assistencial, consegui usar instruções simples para aliviar a ansiedade das crianças e seus familiares, motivando-os a aprender,

fornecendo-os sugestões construtivas e auxiliando-os na prática do seu autocuidado

Realizei consulta de enfermagem junto a 53 crianças insulino dependentes, estendendo-se os cuidados à unidade de internação e às visitas domiciliares. Nestas, fornecia-se sempre a todos um impresso explicativo e folder que haviam sido elaborados com o objetivo de facilitar a educação sobre a situação em Diabetes, pois acredito que a educação vem sendo considerada uma das atividades vitais no controle da doença, uma vez que é através de um processo dinâmico e contínuo de aprendizado que o diabético incorpora os conhecimentos de que precisa.

Salientava sempre as crianças, adolescentes e seus familiares que a educação em Diabetes não se limita a “ler um livrinho” ou assistir uma palestra sobre o assunto, ela requer um empenho total do diabético, não só para aprender cada vez mais, mas, principalmente, para praticar cada vez mais aquilo que aprendeu.

Inicialmente, como não percebi uma integração no ambulatório do hospital, por parte da equipe (psicóloga, nutricionista, enfermeira e médico endocrinologista, entre outros) então era eu mesma que tentava realizar os encaminhamentos aos outros profissionais. Às vezes com êxito, mas muitas vezes não, pois as consultas de ambulatório feitas principalmente pela nutrição e a psicologia não estavam mais sendo realizadas, dificultando muitas vezes a solução de dúvidas destes pacientes referentes a estas áreas.

Cito como exemplo 2 crianças que atendi. Primeiro, L. 9 anos, uma criança que estava desregulada em sua glicemia, pois mantinha uma alimentação irregular e fora de horário, sendo que isto gerava grandes conflitos dentro da família. Tendo sido visto que a mudança do hábito alimentar pode ser um fator de grandes discussões dentro de uma família e pode trazer para a criança a piora do controle do Diabetes, além de um stress muito grande piorando assim a doença. Acredito que uma recomendação nutricional é algo específico da nutricionista como por exemplo: quantas calorias é necessário para cada criança, o valor calórico de cada nutriente, entre outros. Mas mesmo assim realizava orientações como: manter uma alimentação diária com 6 refeições ao dia, horário adequado,

evitando-se comer muito e não realizar um jejum prolongado, não ingerir açúcar refinado, a importância de se entender a pirâmide alimentar, entre outras.

Outro exemplo que gostaria de salientar é M. 11 anos, que se mostrava muito desinteressada e depressiva. Era uma criança que precisava ser ajudada, e de nada adiantava eu ficar só orientando, se eu acreditava que sua auto-estima precisava ser trabalhada. Por isso procurei a psicóloga para ver se nós não poderíamos ajudar aquela criança, trocando informações e passando-lhe apoio, incentivo, para que pudéssemos descobrir o que se passava no interior daquela situação.

### ***Relacionando a prática a teoria de modo constante***

Consegui relacionar a prática a teoria de modo constante, sendo que os registros foram fundamentais para tal. A teoria foi importante, pois pode orientar a minha ação, facilitando a realização das consultas, diagnóstico de enfermagem, orientações para o auto-cuidado e uma maior integração com as crianças e seus familiares.

Redigia diariamente um diário de campo sugerido pela minha orientadora, o que me facilitou muito na elaboração do meu relatório, pois este constava de 3 partes: a primeira referente às **notas teóricas**, onde registrava minhas reflexões sobre os conceitos, os pressupostos do marco. A segunda, referente a **notas da acadêmica**, onde relatava meus sentimentos, percepções e reflexões. A terceira referente a **notas metodológicas**, onde eu anotava aspectos referentes à metodologia do meu trabalho, ou seja, o processo de enfermagem ( Baseado em NITSCHKE, 1991 ).

Os registros em forma de "SOAP", também me auxiliaram nesta relação de teoria e prática.

## ***Desenvolvendo o cuidado com a criança e adolescente diabético***

### ***Na Unidade de Internação***

O cuidado de enfermagem que realizava no ambulatório estendeu-se também a unidade de internação, sendo que o primeiro momento era realizado na emergência do Hospital, geralmente com a criança apresentando um quadro de cetoacidose diabética, onde o diagnóstico era descoberto e confirmado.

Tomava conhecimento das crianças internadas através dos médicos endócrinos, que solicitavam a minha presença à família, a fim de que eu os orientasse. Notei que o primeiro momento realizado na emergência não era adequado para fazer as orientações necessárias, pois tanto a criança como a sua família não tinham condições de dar-me atenção. Sendo assim, o momento esperado por mim, acadêmica, era realizado quando todos estivessem de acordo e psicologicamente bem.

Segundo Sigaud, Cecília & Veríssimo, Maria ( 1996 ), "Ao agir em defesa da criança e família, a enfermeira utiliza sua capacidade profissional para ajudá-las a crescer e a viver as situações que não conseguem enfrentar sozinhas, visando o bem-estar físico e emocional de ambas. Desenvolve ações que garantam seus direitos de manterem-se enquanto pessoas e enquanto grupo familiar, e de participarem nas decisões relativas ao atendimento da saúde da criança. Para tanto, a enfermeira deve conhecer a criança e sua família, seus objetivos, medos e esperanças, respeitar a direção escolhida por elas e traduzir-lhe os acontecimentos que estão sendo vivenciados. Só assim, pode-se dizer que ela entrou no mundo delas e se engajou num diálogo entre iguais".

Sentia sempre grande satisfação em atender estas crianças internadas, pois eu conseguia manter com todos uma grande interação, confiança e respeito, e estes para comigo.

BRUNNER ( 1994 ), coloca que "O reforço e o acompanhamento também são fatores importantes a serem considerados, porque para o aprendizado despende-se tempo, devendo-se dar ao paciente tempo suficiente para aprender e receber o reforço de seu aprendizado".

Orientava aos familiares a retornarem ao ambulatório, pois sabia que as dúvidas iriam ocorrer a partir do momento que se recolhessem em suas casas,

pois não haveria alguém para esclarecer-lhes como havia no Hospital. Além disto, acredito que um único encontro envolvendo-aprendizagem não é adequado. O retorno também facilita que eu avalie o progresso da família.

### ***No domicílio***

Realizei também durante a minha prática assistencial 2 visitas domiciliares (VD), infelizmente não mais do que isto, pois a grande parte dos pacientes que eu atendia residiam longe da grande Florianópolis.

“Como ensinar, como formar sem estar aberto ao contorno geográfico, social, dos educandos”? ( Freire, 1999 ). A partir deste questionamento realizei minhas visitas com o objetivo de educação em saúde.

A primeira visita realizada foi um convite meu para a família enquanto realizava a consulta de enfermagem, e o que me chamou atenção é que a família telefonou-me já no outro dia convidando-me, deixando-me assim feliz, pois deste modo pude constatar o grau de interesse por parte destes em me receber.

A visita trouxe a possibilidade de conhecer o contexto sócio-econômico-cultural no qual a criança e sua família estavam inseridas, conhecer o ambiente, verificar como é ser diabético fora do ambiente hospitalar, além de constatar se os aspectos estavam ou não de acordo com o relato da consulta de enfermagem. A partir dos déficits de auto-cuidado identificados na consulta, e com os objetivos definidos pude realizar a visita.

Na segunda visita realizada, pude engajar o pai, a mãe e a avó na relação do auto-cuidado com o filho que mostraram-se deficientes na consulta. Além disso, tive a oportunidade de conhecer o posto de saúde do Bairro, pois sugeri a mãe que conhecesse outro tipo de seringa para aplicar a insulina além das 3 que havia comigo ali. A mesma tinha temores do que fazer na falta de suas seringas, sendo este o motivo que levou-me a conhecer o posto juntamente com ela. Logo após a visita, ao chegar em minha casa, a mãe da criança telefonou-me convidando-me para realizar uma palestra no colégio do seu filho, pois havia conversado com o Diretor neste intervalo de tempo, destacando a ele a importância e facilidade que a minha visita trouxe a família, além de parabenizar-me pelas minhas orientações fornecidas.

Infelizmente, a palestra no colégio não pode ocorrer, pois a criança era vinculada ao Hospital e eu não poderia realizar esta atividade sem ter uma carta do colégio redigida pelo professor e tendo um aval do diretor do hospital.

Um planejamento da visita domiciliar era feita antes mesmo de sua realização e seu registro era feito sob forma de "SOAP".

A V.D. foi contemplada no plano de enfermagem baseado em Orem, possibilitando-me que eu conhecesse o contexto no qual a família estava inserida e planejando assim ações educativas adequadas as condições reais de vida, visualizadas durante a consulta através de depoimentos por parte dos familiares e assistindo assim, desta forma, a todos de uma maneira integral e sistematizada.

Consegui engajar tanto a família como a criança no processo educativo, verificando suas dificuldades e facilidades, auxiliando a criança nas ações de auto-cuidado, reforçando as habilidades de sobrevivência, atingindo assim o ponto central do meu relatório: A família junto a criança diabética que vivenciam a Diabetes nas ações do auto-cuidado.

### ***Oficina educativa***

Promovi ações educativas como a Oficina para atendimento ao diabético juvenil juntamente a seus familiares, visando o auto-cuidado. O relato da oficina segue em anexo.

SCAIN ( 1987 ) refere "Como atributo da vida humana o binômio educação-saúde, anelando-o como condição básica do bem-estar social".

Temos saúde como "O completo bem estar físico, mental e social dos indivíduos" e educação "O tornar possível para todos o aprendizado e o uso da informação através da responsabilidade e ação individual" ( KRAUSE & MAHAN, 1985 )

O objetivo da educação à saúde é o de ensinar as pessoas a procurar atingir seu potencial máximo de saúde. O processo de ensino-aprendizado é parte integrante do processo de enfermagem e consiste nas mesmas etapas cíclicas e recorrentes: avaliação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação final. Cada etapa é dinâmica e relaciona-se a todas as outras.

A educação à saúde é um componente essencial do atendimento de enfermagem, estando voltado para a promoção, manutenção e restauração da saúde e à adaptação aos efeitos residuais das doenças. ( BRUNNER,1994 ).

Acredito que o aspecto mais importante no tratamento do Diabetes é a educação, e sei que é direito do paciente decidir se irá ou não aprender, mas é responsabilidade do enfermeiro apresentar-lhe as informações de que necessita para tomar a decisão e motivá-lo a apreciar a necessidade do aprendizado. Os enfermeiros têm um papel vital em fornecer aos pacientes e suas famílias os instrumentos e conhecimentos necessários para uma conduta bem-sucedida no Diabetes e, além disso, têm um papel importante em promover o bem-estar psicológico dos pacientes e seus familiares, que estão lidando com esta doença crônica. ( Baseado em BRUNNER, 1994 ).

A prática educativa é tudo isso: afetividade, alegria, capacidade científica, domínio técnico a serviço da mudança ou, lamentavelmente, da permanência do hoje. É como um exercício constante em favor da produção e do desenvolvimento da autonomia de educadores e educandos. ( FREIRE, 1999 ).

Sei que o meu papel foi de educar, facilitar, promover o aumento das habilidades de auto-cuidado da criança diabética e gostaria de destacar que tentei atuar como uma acadêmica de enfermagem, e também amiga, desenvolvendo ações quando surgia um déficit de auto-cuidado

Educar na teoria do auto-cuidado significa mobilizar cada paciente para a utilização de suas possibilidades de se auto-cuidar de forma satisfatória. Implica ajudar o paciente com práticas de auto-cuidado relacionadas à saúde, às necessidades humanas básicas e às atividades de vida diária, bem como a se auto-cuidar pela alteração necessária de suas práticas de auto-cuidado devido a situações de doença ou de acidente e ensiná-lo a executar procedimentos relacionados com seu tratamento.

Concordo com Freire ( 1999 ), quando coloca que “Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção: Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”.



Coloquei este parágrafo do livro de Paulo Freire, pois atendi um adolescente J.H., 17 anos que convive com a Diabetes há 7anos, e foi um rapaz que não precisei ensinar muito sobre a prática do auto-cuidado, ao contrário, pude aprender muito com ele, não só assuntos relacionados aos cuidados em geral com a doença de base, mas também com a sua vida diária com Diabetes.



### ***Identificando as principais necessidades do paciente***

Observei que as principais necessidades das crianças atendidas era em relação a manter uma alimentação regular e desempenhar as ações de auto-cuidado como se auto-aplicar.

As principais necessidades dos pais referiram-se ao medo de serem eles os responsáveis pela Diabetes do seu filho e também as dúvidas que apresentavam em relação a diferença entre os dois tipos de Diabetes.

Senti a diferença que existe entre cada criança e sei que, para desempenhar ações de auto-cuidado, a criança precisa primeiro atingir um certo grau de maturidade, mas não é somente idade que impede que se desempenhe ações de auto-cuidado, e sim um conjunto de elementos que interfere nestas ações, incluindo principalmente a ausência de orientações pela falta de alguém responsável apenas por este serviço no ambulatório.

Concordo com Freire ( 1999 ), quando coloca que “o que importa, na formação docente, não é a repetição mecânica do gesto, este ou aquele, mas a compreensão do valor dos sentimentos, das emoções, do desejo, da insegurança a ser superada pela segurança, do medo que, ao ser ‘educado’, vai gerando a coragem’. Então acredito que a confiança e o otimismo vai ser um grande passo no processo de cuidar que ocorrerá dia-a-dia na vida da criança diabética.

CHAGAS, apud. SCHIMIDT, coloca que a capacidade de aprendizagem da criança não é função direta da idade, mas de uma série de fatores como: inteligência, maturidade, duração da doença, experiência de aprendizagem, treinamento oportuno.

Impor o autocontrole numa idade precoce pode resultar em conflitos, ansiedades e portanto má adaptação.

Tenho sentimento de amor às crianças e tentei demonstrar na minha prática diária através de relações afetivas, apoio e uma maior integração no relacionamento entre crianças, famílias e a equipe de saúde. Estes elementos são trazidos por Leininger e também Patrício como construtos do cuidado. Além disto, podem integrar os componentes do cuidar-cuidado trocar idéias, energias, educar, tocar ( diferente de manuseio ), ter sensibilidade, compaixão, consideração, paciência, ser sincero, ouvir atentamente ( escutar ), fazer favor,

gentileza, amar, valorizar, estar presente, respeitar, demonstrar sentimentos de ternura, de aceitação, ajudar o indivíduo a desenvolver suas possibilidades (potencialidades) de liberdade e também de assumir responsabilidade pela sua própria existência dos outros, incluindo ser solidário e ter cuidados com a natureza, focalizar os recursos presentes no processo de cuidar (as possibilidades dos indivíduos), e aqueles necessários para o bem-viver (qualidade de vida), focalizar os recursos que o profissional necessita para prestar os cuidados integrais, incluindo o uso da Constituição Federal, abrangendo o Estatuto da Criança e do Adolescente, e desenvolver o processo de cuidar com a população e profissionais de outras disciplinas (Patrício, 1999;1993).

Imagino que a Diabetes Mellitus talvez seja a doença na qual se necessite uma maior cooperação do paciente para seu controle, e acredito que o meu trabalho possibilitou o aprendizado para as dúvidas questionadas pelas famílias e forneceu apoio, amizade, estímulo e um conhecimento pleno da doença e terapia.

Durante a minha prática assistencial, ocorreram 2 vezes o dia de atendimento exclusivo para crianças diabéticas no qual tive a oportunidade de participar. O médico endocrinologista realizava a consulta e, após me encaminhava os pacientes diabéticos para que eu juntamente com o auxílio da minha supervisora, pudesse atender. Verifiquei que, neste dia, a presença da enfermagem é fundamental e, portanto, a equipe de enfermagem deve estar preparada psicologicamente para transmitir segurança e, desta forma, adquirir a confiança dos familiares, adequando-se à rotina familiar para que este atendimento não tenha um limite entre o profissional e o pessoal.

A situação da doença causa um grande impacto emocional na dinâmica familiar e requer uma organização social dos seus integrantes, sendo necessário mudar rotinas e relações interpessoais. Acredito que seja aí que entra a enfermagem, para auxiliar na visualização e aceitação dessas mudanças.

Através de orientações, tentei preparar as famílias a envolver-se na recuperação de seus filhos, mostrando-lhes sua importância no tratamento.

### **Objetivo 3**

**Ampliar conhecimento teórico-prático relacionado ao cuidado com a criança e adolescente diabético e família.**

Considero que este objetivo foi alcançado, pois:

- Foi realizado levantamento da revisão de literatura sobre a situação vivenciada;
- Buscou-se desenvolver habilidades técnicas durante o estágio;
- Foram esclarecidas dúvidas com especialista da área e reuniões com a orientadora e supervisora;
- Houve a participação em Congresso;

#### ***Aprofundando os conhecimentos***

Durante todo o decorrer de minha prática assistencial, tentei desempenhar o meu trabalho de uma forma educativa e, para isso ocorrer, tive que me empenhar muito, estudando, fazendo levantamento e realizando revisão de literatura sobre a situação vivenciada, desenvolvendo habilidades técnicas durante o estágio e esclarecendo dúvidas com a minha orientadora, supervisora e os médicos endocrinologistas.

No início do estágio, estudava assuntos referentes principalmente a: tipos de Diabetes, sua epidemiologia, fisiopatologia, manifestações clínicas, etiologia, avaliação diagnóstica, complicações e tratamento, incluindo assuntos específicos da área de nutrição. Para tal realizei leitura de alguns livros para facilitar uma melhor consulta à família assistida.

No decorrer do estágio, realizando as consultas de enfermagem, pude verificar quais os pontos principais que precisavam ser aprofundados para melhorar minha consulta. Então observei que continuava sendo importante todos aqueles assuntos que já estudava, mas eu deveria dar atenção especial aqueles temas aos quais os pacientes relatavam ter mais dúvidas.

Antes de iniciar as orientações sobre Diabetes, avaliava se a criança e sua família estavam de acordo para aprender, pois sei um diagnóstico recente reflete muito na família, sendo que estes podem passar por vários estágios como: choque, negação, depressão, negociação, raiva, aceitação, entre outros. Deste modo, eu tentava me aproximar perguntando a estes suas principais preocupações e temores. Provocava discussão, trazendo-lhes informações simples e diretas, buscando diminuir dúvidas, percebia que então era necessário realizar um estudo que me possibilitasse transmitir-lhes uma abordagem mais firme, porém cuidadosa, dirigindo o foco de atenção para as habilidades concretas de sobrevivência

### ***Buscando desenvolver habilidades técnicas durante o estágio***

Tentei desenvolver habilidades técnicas durante o estágio apesar do local onde realizei meu trabalho não ser específico para desempenhar tal ação. Aprendi a manusear diversos aparelhos para verificação de glicemia capilar das marcas mais variadas. Tive a possibilidade de conhecer e manusear seringas diferentes para aplicação da insulina. Além disto, houve a oportunidade de preparar uma determinada dose para aplicar insulina em uma criança que não havia realizado sua insulina pela manhã, mas gostaria de salientar que este dia para mim foi brilhante pois pude observar esta criança se auto-aplicar, desempenhando assim uma ação de auto-cuidado, além de ter tido oportunidade de aplicar a insulina em uma criança de 1 ano.

### ***Esclarecendo dúvidas com especialista da área e reuniões com orientadora e supervisora***

Durante minha prática assistencial realizei reuniões com a minha orientadora e supervisora que me auxiliavam muito na direção do que eu deveria fazer, sugerindo vários assuntos no qual eu poderia abordar com os meus pacientes.

A minha supervisora corrigia diariamente meus registros, elogiando-os e às vezes, sugerindo outros meios de realizar tal ação. Tive seu total apoio em todos os momentos de minha prática, fornecendo-me muitos textos relacionados a doença de base para que eu pudesse me engajar mais e aprimorar meus conhecimentos.

A minha orientadora realizava reuniões comigo semanalmente esclarecendo minhas dúvidas, sugerindo algum assunto que eu teria esquecido de abordar e discutindo sobre o meu desempenho.

Infelizmente consegui conversar pouco com a terceira convidada da banca de qualificação de meu projeto. Este pouco valeu muito, pois como esta entende sobre o assunto que abordei no trabalho trouxe-me sugestões e motivação para que eu seguisse minha caminhada.

Os pacientes precisam aprender as habilidades da conduta diária no Diabetes; evitar e tratar as complicações agudas, tais como a hipoglicemia e a hiperglicemia; e evitar as complicações a longo prazo. Além disso, os enfermeiros têm um papel importante em promover o bem-estar psicológico dos pacientes e familiares que estão vivenciando esta doença crônica ( BRUNNER, 1994 ).

No início do meu estágio, no ambulatório, esclarecia dúvidas também com os médicos endocrinologistas que me davam total apoio, encaminhando-me os pacientes após suas consultas e sugerindo-me que eu abordasse mais especificamente um determinado assunto que eles achavam essencial ser enfatizado, colaborando assim no tratamento.

No decorrer do estágio, os assuntos que inicialmente eles me sugeriam para abordar, já conseguia identificar com êxito, não que fossem desnecessárias suas sugestões, mas para mim já era fácil entender e identificar os déficits de autocuidado das crianças, adolescentes e suas famílias.

Conseguia conversar com todos os endocrinologistas sobre os pacientes após a realização da consulta e identificar, muitas vezes, algo que eles não conseguiram descobrir como: crianças que comiam doces escondidos; algumas que não se exercitavam; outras que aplicavam a insulina em apenas um determinado local e até mesmo famílias que omitiam estar usando dois tipos de insulina em seus filhos, quando deveriam seguir a prescrição.

Realizei leituras sobre Diabetes e suas famílias e pude constatar que “A família é considerada uma unidade básica de saúde, ou seja, o núcleo primário, onde a criança recebe e aprende os cuidados de promoção de saúde, prevenção de doenças e primeiros atendimentos curativos” ( ELSEN & PATRICIO, 1989 ).



Por este motivo, além de me dedicar exclusivamente ao tema Diabetes tipo 1 em estudo, dedicava-me também a realizar leituras sobre as famílias que tinham um membro diabético em suas casas. Sendo assim, acredito que consegui manter uma interação com as famílias de uma maneira mais informal e contínua, valorizando seus direitos e experiências e visando a promoção e recuperação da doença.

### ***Participando de eventos durante o período de estudo***

Para ampliar mais meus conhecimentos teórico-práticos relacionados ao cuidado com a criança e adolescente diabéticos e seus familiares, antes de iniciar meu estágio, participei do 3º Congresso Brasileiro Pediátrico de Endocrinologia e Metabologia, realizado no centro de convenções de Curitiba, no Paraná, no período de 17 a 20 de abril de 1999. Neste evento, tive oportunidade de assistir palestras referentes a Diabetes e verificar na sessão de posters temas como: impacto da puberdade no diagnóstico na estatura final de pacientes com Diabetes tipo 1; neuropatia diabética em adolescentes; como melhorar o controle de pacientes com Diabetes tipo 1; importância da educação e da monitorização no bom controle metabólico de crianças e adolescentes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1. Este último poster chamou muito a minha atenção, pois tinha no seu estudo o objetivo de avaliar a influência de ações educativas e da monitorização domiciliar da glicemia em crianças e adolescentes portadores de DM1, acompanhados regularmente na Liga de controle do Diabetes Mellitus e Instituto da Criança do Hospital das Clínicas. Como conclusão, o trabalho trouxe que o incentivo e adequação da monitorização domiciliar da glicemia, bem como desenvolvimento de atividades educativas, permitiram ao paciente e ao familiar uma melhor compreensão da interação entre a dieta, a medicação e as atividades da vida diária.

Durante a minha prática assistencial, propriamente dita, não tive oportunidade de participar de nenhum congresso ou qualquer evento sobre o tema, pois não houve nenhum encontro científico sobre Diabetes de que se tivesse conhecimento.



Além disto, tive oportunidade de ser convidada pela minha orientadora para expor meu trabalho na sessão de temas livres, no XI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica, a ser realizada no período de 04 a 06 de agosto do presente ano.

#### **Objetivo 4-**

**Identificar, analisar e buscar possibilidade de soluções junto com a criança, adolescente e sua família para as dificuldades que emergirem quanto a aplicação do auto-cuidado**

Considero que este objetivo foi alcançado, pois:

- Foi desenvolvido um instrumento para coleta de dados;
- As dificuldades foram identificadas e discutidas;
- Houve interesse e participação por parte do paciente e família;
- Ocorreu questionamentos, troca de informações e busca conjunta de soluções de problemas;
- Foram discutidos os folders e impresso explicativo;

Desenvolvi um instrumento para coleta de dados no qual já abordei no objetivo 2, que me ajudou muito na realização de minhas consultas, pois me possibilitou orientar os familiares nas ações de auto-cuidado, facilitando que os mesmos entendessem a relação da teoria com a prática.

Acredito que a teoria do auto-cuidado de Orem, juntamente com a utilização do processo de enfermagem, possibilitou às crianças diabéticas as práticas do auto-cuidado e proporcionou uma melhor qualidade de vida para os mesmos.

A análise realizada nas consultas de enfermagem foi fundamental na satisfação das necessidades da criança e dos demais membros e no desempenho da família como unidade de assistência à saúde, de acordo com as percepções da equipe de enfermagem e da própria família ( Baseado em SCHMITZ, 1989 ).

#### ***Levantando as dificuldades junto a criança, adolescente e sua família***

As dificuldades foram identificadas, sendo a maioria registrada como um déficit de auto-cuidado, conforme o exemplo abaixo.

*“ S- P.N., 14 anos, branca, sexo feminino, compareceu ao ambulatório do H.I.J.G. acompanhada de sua mãe, para consulta médica.*

*A mãe relata que sua filha não se exercita e que também não se auto-aplica.*

*Refere ainda que precisa fazer uma cirurgia, sendo necessário P. aprender a se auto-aplicar pois não tem quem faça para ela.*

*Com relação a atividade física P. relata que não gosta de exercícios e como parou o estudo, não se exercita também na escola, mas diz que voltará a estudar ano que vem, e com o retorno da escola, a prática da educação física voltará.*

*Segundo a mãe, a ausência da atividade física e do estudo faz com que P. tenha descompensações importantes.*

*A- \* P. apresenta diminuída capacidade para assumir o auto-cuidado, provavelmente por falta de orientações, estímulo e incentivo, demandando SAE.*

*\* P. apresenta déficit de auto-cuidado com relação a atividade física e auto-aplicação, provavelmente por falta de incentivo e explicações, demandando SAE.”*

Este foi um pequeno exemplo para indicar com eram colocados os déficits de auto-cuidado nos meus registros, sendo que mostro outros exemplos mais completos em anexo.

### ***Discutindo as dificuldades com a criança, adolescente e sua família***

As dificuldades, após serem levantadas e redigidas como déficit de auto-cuidado, eram discutidas conforme o grau de interesse por parte dos familiares, trocando-se informações, experiências e se realizando uma busca conjunta de soluções de problemas, os quais eram redigidas no plano de auto-cuidado como demanda terapêutica.

### ***Orientando a respeito das complicações, sinais e sintomas, valores considerados normais para glicemia, prevenção, tratamento, entre outros.***

Os familiares também eram orientados sobre a doença de base, abordando todos os itens conforme necessidade de cada família, sendo distribuídos folder e impresso explicativo com o objetivo de educação em saúde que eram discutidos conforme já foi destacado no objetivo 2.

Quero mostrar como exemplo um adolescente diabético que atendi. J.H. tem 17 anos, estando há 8 anos com Diabetes. Demonstra-se inconformado com sua doença, pois diz não conseguir emprego em qualquer área, porque no local lhe

pedem atestado de saúde e a partir dos exames é confirmado o diagnóstico, sendo este um motivo de perda do emprego pela discriminação que ocorre.

Concordo com Sigaud & Veríssimo ( 1996 ), quando destacam que “A adolescência é um período de desenvolvimento de grandes mudanças físicas, emocionais e sociais na vida da pessoa, que está deixando a infância para assumir papéis de adulto. Nesse período, o jovem desenvolve o senso de identidade, conforme Erikson e suas principais questões são “quem sou eu” e “qual é o meu papel no mundo”. Defini-se com ser único e separado de todos”.

A época da adolescência mostra-se como um problema sério. É neste período em que o ser-humano em desenvolvimento está falando contra a autoridade dos pais, podendo agir com agressividade, depressão e aquelas rebeldias da adolescência.

É por este motivo que acredito ser importante os pais encorajarem ao máximo seus filhos para que estes entendam que existe um limite aceitável de dependência e possam eles mesmos serem responsáveis pelo seus próprios manejos.

Quero demonstrar com este exemplo, que foi identificado a dificuldade deste adolescente, e discutido com a mãe a dificuldade, já que se mostrava super preocupada com tal situação e também foi trocado informações na possibilidade de se resolver o problema.

A realização do auto-cuidado por parte dos pacientes e familiares no local do estágio ocorreu em diversas situações: na sala de vacina do ambulatório, no consultório onde realizava as minhas consultas, na unidade de internação ( D ) e nas visitas domiciliares.

Na sala de vacina do ambulatório, uma criança, que já citei, realizou seu auto-cuidado, quando aplicou sua insulina sem auxílio de ninguém, pois não havia realizado no período da manhã, fazendo a técnica no Hospital.

No consultório, várias crianças verificaram sozinhas sua Glicemia capilar com auxílio do meu aparelho, sendo as fitas também fornecidas por mim, tomando o cuidado de lavarem as suas mãos antes do procedimento.

Na unidade de internação, auxiliava as mães com autorização da Enfermeira da unidade na verificação da Glicemia capilar, preparo da insulina ( simples e mistura ) e técnica de aplicação da injeção.

Em uma destas visitas domiciliares, verifiquei a aplicação da insulina realizada pelo pai da criança.

Estes são alguns exemplos básicos que apresento, a partir dos pacientes que desenvolveram suas práticas do auto-cuidado. Quero colocar que me sinto “super feliz” com o auto-cuidado desenvolvido por eles. Sei que, muitas vezes, estes não tinham coragem, mas através de incentivo, apoio e estímulo consegui que desempenhassem esta prática para que todos tivessem uma melhor qualidade de vida.

“A criança é considerada como um ser cujas condições de saúde física, mental e social estão diretamente relacionadas com as características da família e da comunidade onde vive, portanto a família é, neste marco, vista em suas relações com seu contexto físico, sócio- econômico, cultural e espiritual e o papel da enfermagem, inclui assessoramento às famílias em suas dúvidas, apoio às suas iniciativas e constante estímulo na sua prática como unidade básica de saúde”( Elsen & Patrício, 1989 ).

Gostaria de salientar que todos déficits encontrados de auto-cuidado não estavam relacionados somente à criança diabética, mas também a sua família e eram todos discutidos em conjunto na busca de soluções.

### ***Conversando com a equipe de enfermagem na busca conjunta de soluções***

A equipe de enfermagem do Hospital estava ciente do meu trabalho no ambulatório. Através dela tive colaboração, incentivo e parabenizações pelo que estava desenvolvendo, na busca de propostas e soluções conjuntas para os problemas identificados.

A enfermeira chefe do Hospital também se envolveu no meu trabalho, fornecendo-me material para que eu pudesse completar o trabalho que ali estava realizando, bem como a enfermeira da unidade de internação, a enfermeira da oncologia e a enfermeira do berçário. Elas gostaram muito do meu projeto, salientando que gostariam muito de ter a possibilidade de poder ver meu relatório.

A disciplina e a força de vontade são requisitos fundamentais para um bom controle do Diabetes.

O apoio social e familiar, aliado a um equilíbrio emocional, cria condições favoráveis ao reforço de atitudes positivas em relação à doença.

É por este motivo que, em todos os momentos, os problemas foram identificados e analisados buscando-se com as crianças diabéticas e seus familiares soluções quanto o desenvolvimento do auto-cuidado.

### **Objetivo 5**

#### **Interagir com a equipe interdisciplinar desenvolvendo um trabalho integrado**

Considero que este objetivo foi alcançado, pois:

- Foi apresentado o projeto à equipe interdisciplinar atuante no ambulatório;
- Houve interação entre acadêmica e equipe nas diferentes atividades e eventos;
- Foram conhecidas as normas e rotinas do ambulatório;
- A equipe de enfermagem foi envolvida, buscando propostas e soluções conjuntas nos problemas identificados;

A interação com a equipe ocorreu em todos os momentos da minha prática assistencial. Primeiramente, antes de realizar o projeto, fiz questão de conhecer todos os funcionários que trabalham no ambulatório ( A, B, C ), para manter uma boa integração com o grupo, apesar de me estabelecer somente no ambulatório do grupo C, pois era ali que se realizariam as consultas de endocrinologia e as minhas consultas de enfermagem.

#### ***Familiarizando-se com o funcionamento do ambulatório: reconhecendo as rotinas e normas***

Fiz questão também de conhecer as normas e rotinas do ambulatório, fundamentação legal do atendimento ambulatorial da criança e do adolescente no SUS, histórico do ambulatório do H.I.J.G., entre outros aspectos, para estar

envolvida e me adequar a assistência que se presta ali.

Pude realizar leituras do manual de rotinas gerenciais do ambulatório de pediatria e especializações pediátricas do Hospital Infantil Joana de Gusmão, chamando-me atenção a missão do ambulatório, os recursos materiais e humanos, entre outros.

Tentei buscar também os dias que os 4 Endocrinologistas atendiam, e fiquei muito feliz pois todos os dias havia atendimento por parte destes facilitando meu trabalho.

Busquei também conhecer os serviços prestados pelo Hospital principalmente o que mais me interessava: nutrição e psicologia. Como era realizado o agendamento para marcação de consultas e como era o encaminhamento aos consultórios, familiarizando-me assim com o funcionamento do ambulatório.

Realizei leituras dos direitos da criança e do adolescente hospitalizado, pois fazia consultas de enfermagem na unidade de internação.

### ***Apresentando o projeto a equipe interdisciplinar atuante no ambulatório***

Apresentei meu projeto a equipe do ambulatório, médicos endocrinologistas e de outras áreas também, enfermeiras do Hospital, funcionários do ambulatório e até a alguns familiares que atendi, explicando-lhes de uma forma clara para que todos tivessem oportunidade de entender.

Considero que meu projeto teve boa aceitação por parte de todos, pois me incentivara muito na minha prática assistencial.

### ***Participando de reuniões da equipe interdisciplinar***

A participação de reuniões da equipe interdisciplinar ocorria através de diálogo, individualmente, e, às vezes, coletivamente no próprio consultório, onde os médicos conversavam comigo o problema de determinada criança, favorecendo minha colaboração no tratamento.

As dúvidas que apresentava esclarecia com os mesmos e na maioria das vezes com a minha supervisora.

## **Objetivo 6-**

### **Avaliar o cuidado desenvolvido**

Considero que este objetivo foi alcançado, pois foi discutida a satisfação dos pacientes e familiares quanto ao cuidado prestado e o serviço em geral;

#### ***Observando e discutindo a satisfação sobre o serviço em geral prestado***

Com o desenvolvimento do prática assistencial, consegui sentir a satisfação por parte das crianças e familiares atendidos, tanto através da observação direta como pelo relato destes.

Notei que as crianças diabéticas e seus familiares, após a consulta de enfermagem, retiravam-se do consultório muito satisfeitos com o cuidado desenvolvido através de um “muito obrigado”, “agora consegui entender”, ou mesmo um puro sorriso, sendo isto para mim, acadêmica foi muito gratificante.

Na utilização do roteiro para coleta de dados relacionado ao auto-cuidado universal, constava um item incluído na manutenção do equilíbrio, recolhimento e integração social em relação a expectativa e significado para a família em relação a enfermeira, equipe de enfermagem e de saúde, onde podia me basear também na satisfação destes quanto ao cuidado prestado e o serviço em geral.

Avaliei o cuidado desenvolvido na consulta de enfermagem realizadas no ambulatório, na unidade de internação, nas visitas domiciliares e na atividade educativa.

Nas consultas de enfermagem realizadas no ambulatório, pude observar a satisfação por parte destes através de um agradecimento, mas muitas vezes através de um retorno para comigo ou um desenvolvimento de auto-cuidado realizados, depois de consultas realizadas por mim, entre outros.

Mostro como exemplo algumas crianças, adolescentes diabéticos que atendi. J.H., 17 anos, que retornou ao ambulatório para uma consulta médica e, após sua consulta, por vontade própria, pediu para o médico se poderia ser atendido por mim, sem que me encaminhassem, o que me deixou feliz. Seu quadro havia



melhorado pois tinha evoluído muito no seu tratamento, desempenhando ações de auto-cuidado e promovendo melhora nos déficits encontrados nas consultas anteriores.

Outro exemplo que gostaria de mostrar é que atendi um retorno, uma criança de Benedito Novo, perto de Timbó, e isto foi gratificante para mim por três motivos. Primeiro, pelo retorno ser somente de enfermagem, segundo, por terem se deslocado de tão longe e terceiro, pelo resultado que meu trabalho estava trazendo. A mãe me relatou que desde a orientação que fiz na última consulta (maio), a criança que antes não se auto-aplicava agora o fazia com grande êxito, sendo isto para mim especial, pois defendo a teoria do auto-cuidado, incentivo-a na minha prática diária e quando vejo que consegui unir a teoria a prática me sinto satisfeita e gratificada.

Na unidade de internação onde realizei minha prática assistencial, também pude constatar a satisfação por parte de uma família que atendi, pois não precisei pedir duas vezes para realizar uma visita domiciliar. Logo após a alta da criança, a família telefonou-me pedindo que eu os visitasse que estavam me esperando, e isto foi um momento especial para mim, pois significava que as orientações que havia transmitido aquela família teriam trazido satisfação ao ponto que gostariam de mais.

Em uma das visitas domiciliares, recebi presente por parte da família e convite para ministrar palestra no colégio do filho, passando a todos os professores as orientações que tinham sido facilitadas e esclarecidas para a família.

Na atividade educativa realizada durante a oficina, percebi que as perguntas que lançava a respeito de Diabetes só não eram respondidas pelas crianças e familiares que não haviam passado por mim nas consultas, pois foram convidados exclusivos da médica endocrinologista, a maioria do seu próprio consultório.

No término do meu estágio, a médica endocrinologista telefonou-me agradecendo em nome de todos os endocrinos, pois havia notado a diferença e vontade de todas as crianças no seu tratamento desde que comecei a realizar as consultas.

O médico Dr. G. me pediu se eu não poderia lhe dar o impresso explicativo, desenvolvido por mim, para implantar no H.U. e também agradeceu pela transformação que eu teria promovido com aquelas crianças.

Acredito que consegui manter uma boa integração com o grupo. Recebi presente das funcionárias do ambulatório do grupo C com muito carinho, deixando-me lisonjeada pelo ocorrido.

Quero destacar que o cuidado desenvolvido de nada valeria se eu não tivesse o apoio, a colaboração por parte da família que é muito importante para envolver a criança e o adolescente no tratamento.

A maior prova de agradecimento que poderia receber e que recebi foi perceber resultados positivos do trabalho que estava realizando, atingindo assim meu objetivo 6.

***As estratégias para o alcance dos objetivos aqui trazidas estão assim colocadas, mas cabe salientar que não se deram de forma estanque ou linear. Aconteceram cíclica e dinamicamente. Portanto, algumas estratégias também contribuíram para o alcance de mais de um objetivo, mostrando a inter-relação dos vários momentos propostos e desenvolvidos.***

## **8. Considerações Finais**

Senti-me gratificada com a execução deste projeto que me proporcionou conhecimentos e experiência no cuidado com a criança, adolescente e sua família no seu Ser-Humano.

No decorrer da prática assistencial, descobri o quanto foi importante ter seguido um marco referencial para direcionar a prática.

A prática assistencial possibilitou-me de elaborar, aplicar e avaliar o marco conceitual, construir um instrumento para coleta de dados que muito me ajudou nas consultas de enfermagem que realizava, promover ações educativas e realizar visita domiciliar, contribuindo para que eu obtivesse conhecimentos necessários para a futura profissão.

Neste estudo, utilizei como marco teórico a Teoria do Auto-Cuidado de Orem. A teorista, em alguns momentos de sua proposta pode mostrar aspectos de autoritarismo e funcionalismo. Entretanto, apesar disto, o seu grande mérito é respeitar o potencial do outro, pois ressalta as suas capacidades em benefício próprio ou dos outros. Assim, ao meu ver foi a teoria que melhor se adaptou as necessidades da criança, adolescente diabético e sua família.

A utilização desta teoria facilitou-me prestar uma assistência integral, estimulando-os a prestar seu auto-cuidado.

Durante todo desenvolvimento do trabalho aplicando a Teoria de Orem observava limitações, e eu mesma sentia que às vezes agia com autoritarismo, sendo que a teoria permitia espaço para tal ação. Houve momentos que eu me dava conta que deveria fazer uma prática educativa mais em cima do diálogo, vivenciando assim constantes conflitos.

Foi possível perceber que a prática educativa pode colaborar para superar as limitações da Teoria de Orem, sendo que Paulo Freire pode trazer muita contribuição para se trabalhar a contradição experienciada.

O diálogo foi importante na prática assistencial, pois assim, a criança e o adolescente junto a sua família, tiveram oportunidade de expressar seus sentimentos e preocupações, fazer perguntas e receber esclarecimentos sobre as dúvidas apresentadas. Acredito que é um mecanismo essencial pelo qual se pode avaliar e intervir. Este diálogo era reflexivo, sendo que em todos os momentos da minha prática assistencial estava presente.

O apoio emocional à família, a criança e ao adolescente diabético foi fundamental, pois é freqüente os pacientes tornarem-se assustados e ansiosos com o diagnóstico, sendo importante este apoio para incentivar a verbalização dos sentimentos, compartilhar problemas e divulgar maneiras de superação. Cabe ressaltar que o apoio que desenvolvi na minha prática assistencial era um apoio bilateral.

Quero destacar que só consegui chegar no paciente através das suas necessidades, ou seja, do que eles estavam querendo. Assim trabalhei o tema, buscando ampliar a limitação só na doença, tentando aproximar-me da proposta da 8 Conferência Nacional de Saúde. Assim, em seu sentido mais abrangente a saúde é o conjunto das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, tabalho, transporte, emprego e lazer, bem como de acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Acredito que para ter direito à saúde implica em garantir: trabalho, alimentação, meio-ambiente, transporte, moradia, lazer, entre outros, por isto, a importância de contemplar todos estes aspectos durante o processo de cuidar, iniciando com o próprio roteiro.

A partir da assistência prestada pode-se colocar a importância de se considerar as crenças, hábitos e estilo de vida para ajudar o paciente a ser capaz de se auto-cuidar.

Pudê constatar, após o término deste estudo, que as crianças e adolescentes são capazes de direcionar suas próprias atividades e que todas tem a capacidade de crescer e dirigir-se a maturidade, sendo que a independência deve crescer a seu próprio ritmo.

É importante salientar que a liberdade é necessária para o processo da criança e do adolescente de se tornar um adulto confiante e maduro.

Acredito que auto-cuidado é uma questão de educação e, para que se consiga um bom controle da doença é de suma importância a educação tanto nas crianças, adolescentes e suas famílias. É fundamental que a educação seja iniciada logo após o início do tratamento pois, nos primeiros dias o paciente está assustado, pelo motivo do impacto do diagnóstico e precisa mais de apoio do que de volumosas informações a respeito da doença.

Neste estudo, desempenhei o papel que é atribuído a enfermeira, mas também a professora, bem como nutricionista, psicóloga, assistente social, entre outros profissionais que atuam na educação junto a família. Isto nos leva a discussão do profissional híbrido trazido por NITSCHKE (1999).

“Isto é, ele não abandona sua formação de base, mas vai, sucessivamente, integrando outros aspectos no seu conhecimento e no seu agir, os quais, num primeiro olhar, seriam caracterizados como de outras profissões. Invasão? Não! Integração. Complementaridade, pois o conhecimento é amplo e não consegue ser limitado a determinados compartimentos. Entretanto, ao olharmos mais atentamente, vê-se que o trabalho realizado não pode ser incorporado por este ou aquele domínio de conhecimento, mas sim pela complexidade do viver”.

Ao concluir este trabalho, considero que foi possível atingir o objetivo de prestar cuidado de enfermagem a criança, o adolescente e sua família que vivenciam a situação de Diabetes, destacando que se pode ter uma vida saudável, mesmo estando com Diabetes.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABNT, Referências bibliográficas. Fórum Nacional de Normatização. Rio de Janeiro: FENAME, Jan./Ago. 1989.
- BECK, C.L.C. O espaço educativo da sala de espera: Uma experiência importante para a família in Anais I Encontro Catarinense de Educação Popular e Saúde 1997, Florianópolis. Ed. Universitária UFSC, 1999.\*
- BEHRMAN, Richard E.; KLIEGMAN, Robert. Princípios de Pediatria. Rio de Janeiro: ed.Guanabara, 1991.\*
- BRUNNER, S.L., SUDDARTH,D.S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico. 7 ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan S A, 1994.\*
- BRUNNER, S.L., SUDDARTH, D.S. Moderna Prática de Enfermagem. Rio de Janeiro, volume 4, 2ª ed. Interamericana 1980.\*
- BUB, Lydia Ignes Rossi ( coordenadora ) et al.. Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis: UFSC, 1994. Série enfermagem - REPENSUL.\*
- CAMPEDELLI, Maria Coeli et al. Processo de enfermagem na prática. São Paulo: Ática, 1989.
- CARPENITO, Lynda J. Manual de diagnóstico de enfermagem. Porto Alegre, 1998.
- CARVALHO, Sérgio de. Diabetes Mellitus Insulino – Dependente: Florianópolis: EDEME 1993.
- COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro, 1993.\*
- COLZANI, Ivana, DALLAVECHIA, Marisa. Promovendo o Auto-Cuidado na Assistência de Enfermagem ao Cliente Diabético. Florianópolis: UFSC, 1999. Relatório de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina,1999.
- FIORETTI, Andréa M.B. & DIB, Sérgio A. Exercícios e Diabetes. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e metabologia. [ s.l ]: v.42, n.1, fev, 1998.

FRAGA, Alcinei José, SILVA, Andréia Nunes da e KUSTER, Valdenésio. Do hospital ao domicílio: O auto-cuidado do cliente diabético no Hospital Universitário. Florianópolis, 1998. Relatório de conclusão do curso de graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa. 10º ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.\*

GEORGE, Júlia B. Teorias de enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.\*

HALBURG, Jeanne C., LITTLE, Marilyn J. Toward a Science of Family Nursing. IN: GILLIS, C., HIGHLEY, B, ROBERTS, B, MARTINSON, I. Califórnia, 1989.\*

HEIDMANN I. T. S. B.; SAUPE R. Pedagogia Freireana in Anais I Encontro Catarinense de Educação Popular e Saúde 1997, Florianópolis Ed Universitária UFSC. 1999.\*

KRAUSE, M.V. et. MAHAN, L.R. Alimentos , nutrição e Dietoterapia. São Paulo. Roca, 1985.\*

LONGUI, Carlos A.& MONTE, Osmar. Endocrinologia para o Pediatra. São Paulo: ed. Atheneu, 1992.\*

LOPES. Diabetes Mellitus. Belo Horizonte: Biobrás, 19[ ].\*

Manual de Rotinas Gerenciais do Ambulatório de Pediatria e Especializações  
Pediátricas do Hospital Infantil Joana de Gusmão

MARCONDES, Eduardo. Pediatria Básica. 8ª ed. São Paulo: Sarvier, 1994. vol 1.\*

MONTEIRO, Angela Regina. Assistência de Enfermagem ao Binômio Mãe – Filho através da promoção do auto – cuidado fundamentado na teoria de Dorothea E. Orem. Florianópolis, 1996. Relatório de Conclusão do Curso de Graduação de Enfermagem – UFSC

MONTICELLI, M., SILVA, D.M.G., Teorias de enfermagem. Texto elaborado para a disciplina de Fundamentação Teórica de Enfermagem, do Curso de Enfermagem da UFSC, 1997.\*

MOTTA M.G.C.; ROSSI N.; ROQUE N. Enfermagem Pediátrica. Assistência de Enfermagem à Criança. Porto Alegre, Editora Sagra 1990.\*

NETTO, A.P. Convivendo com o Diabetes. São Paulo: Roche, 19 [ ].\*

- NITSCHKE, R.G. Nascer em família: uma proposta de assistência de enfermagem para a interação familiar saudável. Florianópolis UFSC, 1991. 313p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) U.F.S.C., 1990 PG.215-22\*
- NITSCHKE, R.G. Uma viagem pelo mundo imaginal de ser família saudável no cotidiano em tempos pós modernos – A descoberta dos laços de afeto como caminho. Florianópolis: UFSC, 1999. Dissertação (Doutorado em Enfermagem) U.F.S.C., 1999.\*
- OLEFSKY, J. M. Diabete Melito. In WYNGAARDEN J.B.; SMITH L.H. CECIL. Tratado de Medicina Interna. 18ª ed. R.J., ed. Guanabara, vol. 2, 1990.\*
- OREM, Dorothea Elizabeth. Nursing: concepts of practice. 4ª ed. New York: Mosby, 1985.\*
- ORNELLAS, L.H. & ORNELLAS, A. Alimentação da criança: nutrição aplicada. 2ª ed. São Paulo, ed. Atheneu, 1983.\*
- PATRÍCIO, Zuleica Maria. A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural. Florianópolis: UFSC, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.\*
- PFUTZENREUTER, S.M, RAMOS, T. Nascer e Continuar no Hospital: Uma Proposta de Assistência de Enfermagem à criança portadora de Malformação e sua família, buscando a adaptação. Florianópolis, 1999. Relatório de conclusão do curso de graduação em Enfermagem - UFSC. \*
- Relatório Consolidado dos Trabalhos de Grupo – 8ª Conferência Nacional de Saúde, Tema I - Saúde como Direito.\*
- SANTOS, Evanguelia K. Atherino dos. A mulher como foco central do aleitamento materno: uma experiência assistencial fundamentada na teoria do auto-cuidado de Orem. Florianópolis, 1991. Dissertação de Mestrado em Enfermagem - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.\*
- SCHMITZ, Edilza Maria e cols. A Enfermagem em Pediatria e Puericultura. Rio de Janeiro, ed. Atheneu, 1989. \*
- SIGAUD, Cecília H. de S. & VERÍSSIMO, Maria de L. O. R. Enfermagem Pediátrica: O cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente. São Paulo, ed. Pedagógica e Universitária, 1996. \*



SILVA, Alcione Leite. ARRUDA, Eloíta Neves. Referenciais com base em diferentes paradigmas: problema ou solução para a prática de enfermagem? Rev. Texto e Contexto, Florianópolis, v.2, n.1; 1993.

SPERLING,M.A. Diabetes Mellitus. In Behrman R.E.;VAUGHAN V.C. NELSON. Tratado de Pediatria, 13ª ed.,vol. R.J.,1990.\*

TRENTINI,Mercedes; DIAS,Lygia P.Muller. Meu primeiro projeto assistencial. Florianópolis: U.F.S.C.,1994.

VERDI, Marta et al. Visita domiciliar: um método de assistência de enfermagem à família. 199[ ]. Apostila didática - UFSC ( MIMEO ).\*

WAECHTER, Eugenia H. Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro, 9 ed.Interamericana, 1979.\*

WHALEY,Lucille F.; WONG,Donna L. Essentials of. pediatric nursing..New York: Copyrighth,1985. Traduzido por: Carlos Henrique de Araújo Condensy e cols. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva.2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1989.\*

---

\* Bibliografias referenciadas

## **10.ANEXOS**

## **ANEXO I**

**ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS A CRIANÇAS E ADOLESCENTES DIABÉTICOS E SUAS FAMÍLIAS:**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**1. Fatores Pessoais:**

**- Identificação:**

**1.1. Criança**

Nome: \_\_\_\_\_

Data do nascimento: \_\_\_\_\_ No. Pront.: \_\_\_\_\_

Cor: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Admitido vindo de: casa ( ) emergência ( ) outros ( ) \_\_\_\_\_

Última internação hospitalar - período: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

Endereço completo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

### 1.2. Estrutura familiar:

[illegible]

## 2. Requisitos de Auto-Cuidado:

A- De desvio de saúde	Dados objetivos e subjetivos
<b>A.1. Suporte aos processos vitais e de desenvolvimento</b>	
Aspectos relativos à história de Diabetes Mellitus tipo 1	
- O que significa para vocês Diabetes ?	
- O que vocês sentem com relação a Diabetes ?	
- Quais os sintomas que vocês conhecem ?	
- Conte-me sobre os cuidados ? Como são realizados ?	
- Fale-me sobre a glicemia, glicosúria, cetonúria, hemoglobina glicosilada? Como você faz?	
- Como você faz para registrar os valores?	
- O que vocês sabem sobre hipoglicemia? Hiperglicemia?	
- Fale-me sobre o tratamento para controlar a diabetes?	
- Fale-me sobre insulina? Conservação ?	
- O que significa para vocês: injeção, rodízio nas aplicações, complicações ?	
- O que acha sobre dieta, exercícios ?	
- Fale-me como vai aplicar a insulina? / Locais ?	
- Como se sente?	
- Há quanto tempo descobriu o diagnóstico de Diabetes?	
- Como foi ao descobrir a Diabetes?	
- Na família existem outros casos de Diabetes?	

- Como é a participação dos outros membros da família nos cuidados?	
- Quem faz o acompanhamento da criança para o controle da Diabetes? Frequência?	
- Que tipo de informações e orientações recebe ou tem recebido quanto a Diabetes?	
- De quem recebe apoio para auto-aplicação ou quem aplica?	
- Como é a relação Diabetes- Escola ?	
- Existe algum fator que dificulte ou facilite o tratamento?	
- O que significa para você saúde e doença?	

B – Universais	Dados objetivos e subjetivos
<b>B 1. Manutenção de influxo suficiente de ar</b>	
- Hábitos e vícios que interferem na respiração;	
- Qualidade do ar inspirado;	
- Influências ambientais (sócio - culturais ) que interferem nos hábitos e comportamentos relacionados ao sistema respiratório;	
<b>B.2. Manutenção de influxo suficiente de água</b>	
- Padrão de ingesta líquida nas 24 horas: Quantidade e qualidade dos líquidos ingeridos por dia;	
- Líquidos preferidos;	
- Líquidos rejeitados;	
- Conhecimento sobre a importância do atendimento das necessidades de ingestão hídrica;	

<b>B.3. Manutenção de influxo suficiente de alimentos.</b>  - História dietética: padrão de ingestão alimentar diário ( individual/familiar ): manhã, meio-dia, tarde, noite; - Alimentos preferidos e rejeitados;	
- Conhecimento sobre os alimentos como fontes de nutrientes ( grupos ) e dos nutrientes necessários para o corpo;	
- Dependência na alimentação: casa, creche ou escola;	
- Fatores ambientais/culturais que interferem no padrão de ingestão alimentar: hábitos e tabus relacionados com a alimentação, facilidades e limitações para uma alimentação adequada	
<b>B.4. Provisão de cuidados associados com os processos de eliminação e excreção</b>	
- Padrão de eliminação intestinal: frequência, horário, características.	
- Presença intestinal ( obstipação, flatulência, incontinência, normais );	
- Padrão de eliminação urinária: frequência, quantidade características - cor, odor, aspecto;	
- Conhecimento sobre os cuidados relacionados com os problemas de eliminação e excreção;	
- Conhecimento sobre a importância da ingestão alimentar e hídrica em relação as eliminações;	
- Fatores ambientais/culturais que interferem nos processos de eliminação e excreção;	
- Hábitos de higiene relacionados aos processos de eliminação e excreção;	



<b>B.5. Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso</b>  - Reconhecimento da necessidade de estabelecer e manter equilíbrio entre atividade repouso; - Fatores ambientais que interferem no atendimento da necessidade de estabelecer equilíbrio entre atividade e repouso; - Momento do sono e repouso, ambiente: propício, não propício; - Outros problemas relacionados: insônia, pesadelos, acordar cedo, nenhum; - Local onde dorme a criança: cama individual, com irmãos, com os pais, no chão, outros;	
<b>B.6. Manutenção do equilíbrio, recolhimento e integração social.</b>  - Situação econômica da família; - Constelação familiar: quantos residem na casa ? Alguém com quem a criança se identifica melhor ? - Participação em atividades comunitárias, de lazer e recreação; - Posição da criança na constelação familiar; - Histórico da família: período de formação da família; causas e tipos de laços que ligam ou ligaram a família; eventos marcantes; eventos positivos; eventos negativos; - Significado da família; - Expectativa da família em relação a enfermeira, equipe de enfermagem e de saúde - Significado da enfermeira, equipe de saúde e de enfermagem.	

<b>B.7. Promoção do funcionamento e desenvolvimento</b>	
- Aspecto geral;	
- Sinais vitais;	
- Peso/altura;	
- Funcionamento dos sistemas cardiovascular, respiratório, músculo esquelético;	
- Inspeção dos locais de aplicação da insulina;	
- Órgãos dos sentidos;	
- Alergias;	
- Glicemia capilar - valor;	
<b>B.8. Prevenção de riscos à vida, ao funcionamento e bem-estar ( dados a serem obtidos na consulta de enfermagem e na visita domiciliar )</b>	
- Condições habitacionais: localização, tipo de construção, número de cômodos, condições físicas, rede de água, rede elétrica, instalações sanitárias, eletrodomésticos, condições higiênicas, presença de animais domésticos, meios de comunicação e transporte, própria/alugada, legal/ilegal;	
- Descrição do ambiente físico;	
- Condições ambientais: temperatura, aeração, iluminação, umidade;	
- Utilização dos serviços de saúde no sentido de prevenir riscos à vida, à saúde e ao bem-estar;	
- Condições sócio-econômicas: fontes de renda familiar, é suficiente para atender as necessidades pessoais e da família ?	

C- De desenvolvimento	Dados subjetivos e objetivos
<p><b>C.1. Avaliação das condições do DNPM</b></p> <p>Recém nascido e lactente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O RN consegue fechar as mãos, apertando algo que esteja nela ?</li> <li>- Consegue arrastar-se no chão ?</li> <li>- Consegue sustentar a cabeça, ou seja, sua cabeça não cai quando está sentado ?</li> <li>- Consegue sentar com apoio, por exemplo sentar com apoio do travesseiro ? Ou é capaz de sentar sem apoio ?</li> <li>- Como reage frente a estranhos ?</li> <li>- Chora quando deseja algo ? Cessa o choro quando é atendido ?</li> <li>- Consegue ficar muito tempo longe de sua mãe ?</li> <li>- Quais são os objetos que têm mais afinidade para brincar ?</li> </ul>	
<p>Toddler ( 1 a 3 anos )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consegue andar com firmeza, ou seja, sem cair ?</li> <li>- Consegue pular, chutar, comer com o uso de uma colher, rabiscar...?</li> <li>- Acredita que objetos ou móveis são responsáveis por algum acidente que ocorra com ele ?</li> <li>- Chora quando não consegue carregar um brinquedo ?</li> <li>- Tem interesse por maquiagem, salto alto, carrinho ou bola ?</li> </ul>	
<p>Pré-escolar ( 3 a 6 anos )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consegue pedalar um triciclo, pular sobre um pé só, pular de um lugar alto ou agarrar uma bola ?</li> <li>- Consegue distinguir o que é real do que é imaginário ?</li> <li>- Consegue ficar separado mais tempo dos pais ?</li> <li>- Relaciona-se com estranhos com facilidade?</li> <li>- As brincadeiras que participa são em grupos ?</li> </ul>	

- Fala sozinho ?	
<p>Escolar ( 6 aos 12 anos )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consegue andar de bicicleta sem as rodas auxiliares, jogar bolinha de gude...?</li> <li>- Sabe identificar os números?</li> <li>- Conhece o alfabeto ou sabe ler ?</li> <li>- Ajuda os pais em casa, como por exemplo secar uma louça ?</li> <li>- Realiza atividades fora de casa ? Participa de alguma coisa ?</li> <li>- Aprecia brincadeiras como: jogos com bola, coleções de objetos ?</li> </ul>	
<p>Adolescente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consegue resolver problemas ?</li> <li>- Como é a atividade física ?</li> <li>- Como vai no colégio ?</li> <li>- Tem amigos ? Alguém com quem se identifique melhor ?</li> </ul>	

***Outros Aspectos:***

- Vocês tem alguma questão a esclarecer?
- Vamos marcar retorno para mais esclarecimentos sobre Diabetes?
- O que você pensa sobre marcarmos uma visita domiciliar?
- Gostaria de convidar vocês a participarem da atividade educativa ( oficina ) para diabético juvenil, para melhores esclarecimentos sobre Diabetes, o que vocês acham?

### ***Genograma e Mapa das Interações:***

\* ( Baseado na dissertação de mestrado de Evangelia Kotzias Atherino dos Santos - 1991 e dissertação de mestrado de Rósane Gonçalves Nitschke - 1991 ).

**AVALIAÇÃO DO DNPM:**  
**(de acordo com o item C)**

**C.1.Avaliação das condições do DNPM**

Recém-nascido e lactente –

- Desenvolvimento motor: o RN assume postura generalizada de flexão, reflexo de preensão, produz movimentos de arrastar-se durante o segundo mês, a partir do terceiro ao quarto mês, o lactente apresenta postura simétrica e sustenta a cabeça, aos cinco e seis meses, o bebê permanece sentado com apoio, do sétimo ao nono mês, a criança é capaz de sentar-se sem apoio e no último trimestre, ela consegue sentar-se a partir de qualquer outra posição;
- Desenvolvimento intelectual: o RN durante o primeiro semestre, se torna capaz de diferenciar-se dos objetos e pessoas à sua volta, no segundo semestre, as principais aquisições são a permanência do objeto e a sua representação mental;
- Desenvolvimento emocional e social: desde os primeiros momentos de vida, a criança chora para manifestar suas necessidades e cessa o choro à medida em que é atendida, ao final do primeiro ano, o lactente tem maior tolerância ao afastamento da mãe, pois sabe que ela vai voltar, contudo por não ter desenvolvido a noção de temporalidade, é incapaz de suportar longos períodos de afastamento, no desenvolvimento da linguagem, a criança emitirá algumas palavras com significado em torno do primeiro ano de vida;
- Brincadeira e estimulação - brinquedos e brincadeiras de interesse específico para os lactentes, nas diferentes idades: primeiro e Segundo mês: chupeta, sorrir, cantar, mordedores macios, terceiro e quarto mês: objetos coloridos, brilhantes e de texturas variadas, quinto e sexto mês: pessoas, alimentos, partes do corpo, sétimo ao nono

<p>mês: bater palmas, esconder, décimo ao décimo segundo mês: imitar sons de animais, puxar brinquedos com corda</p>	
<p>Toddler ( 1 a 3 anos )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolvimento motor: há um refinamento da coordenação motora e do equilíbrio postural, que permitirão à criança andar com firmeza, correr, pular, chutar, consegue comer com o uso de colher, rabiscar com a intenção de reproduzir uma idéia;</li> <li>- Desenvolvimento intelectual: a criança de um a dois anos a imitação tem um significado ampliado, deixando de ser apenas gestual e, através dela, a criança vai aprendendo a distinguir os papéis sociais, de dois a três anos o toddler imagina que móveis ou objetos podem ser responsáveis por acidentes que ele sofre;</li> <li>- Desenvolvimento emocional e social: a criança recusa a ajuda oferecida para carregar um brinquedo grande e, em seguida, chora porque não conseguiu e recebeu ajuda, em relação a linguagem, a compreensão das palavras excede em muito a verbalização, ele não consegue verbalizar seus desejos claramente, sendo necessário interpretar suas emissões que associam fala e gestos;</li> <li>- Brincadeira e estimulação: maquiagem, salto alto, carrinho e bola são fascinantes para um toddler, seja menina ou menino;</li> </ul>	
<p>Pré-escolar ( 3 a 6 anos )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolvimento motor: nesse período a criança é capaz de pedalar um triciclo, sustentar-se e pular sobre um pé só, andar para trás e sobre uma linha reta, pular de um lugar alto e agarrar a bola;</li> <li>- Desenvolvimento intelectual: o pré-escolar associa idéias e eventos próximos, confunde sua imaginação com a realidade;</li> <li>- Desenvolvimento emocional e social: o pré-escolar tem maior facilidade para</li> </ul>	

<p>separar-se dos pais e relacionar-se com estranhos, a linguagem torna-se mais complexa e a criança fala o tempo todo, mesmo quando não está sendo ouvida;</p> <p>- Brincadeiras e estimulação: aprecia as brincadeiras em grupo, podem criar amigos imaginários, desempenhar papéis de membros familiares;</p>	
<p>Escolar ( 6 aos 12 anos )</p> <p>- Desenvolvimento motor: o escolar tem capacidade de propor e realizar atividades físicas variadas, que envolvem maior equilíbrio e coordenação motora, como andar de bicicleta sem as rodas auxiliares, jogar bolinha de gude;</p> <p>- Desenvolvimento intelectual: adquire noções de trabalhar com números, com o alfabeto, é capaz de considerar o ponto de vista do outro e perceber que pode diferir do seu próprio;</p> <p>- Desenvolvimento emocional e social: executa tarefas domésticas para ajudar os pais, realiza propostas junto ao grupo de amigos e participa em funções cooperativas na escola, igreja, passa grande parte do tempo em atividades fora do ambiente familiar, toma consciência da existência e da necessidade de regras e passa a considerá-las de modo rígido;</p> <p>- Brincadeira e estimulação: aprecia as brincadeiras como: esportes, jogos com bola, coleções de objetos;</p>	
<p>Adolescente</p> <p>- Desenvolvimento motor: as funções motoras são similares às do adulto, permitindo aos adolescentes realizar atividades que exijam controle e habilidade muscular;</p> <p>- Desenvolvimento intelectual: o jovem é capaz de resolver problemas visualizando diferentes possibilidades de solução, de modo realista, apaixonam-se por causas políticas, sociais;</p>	



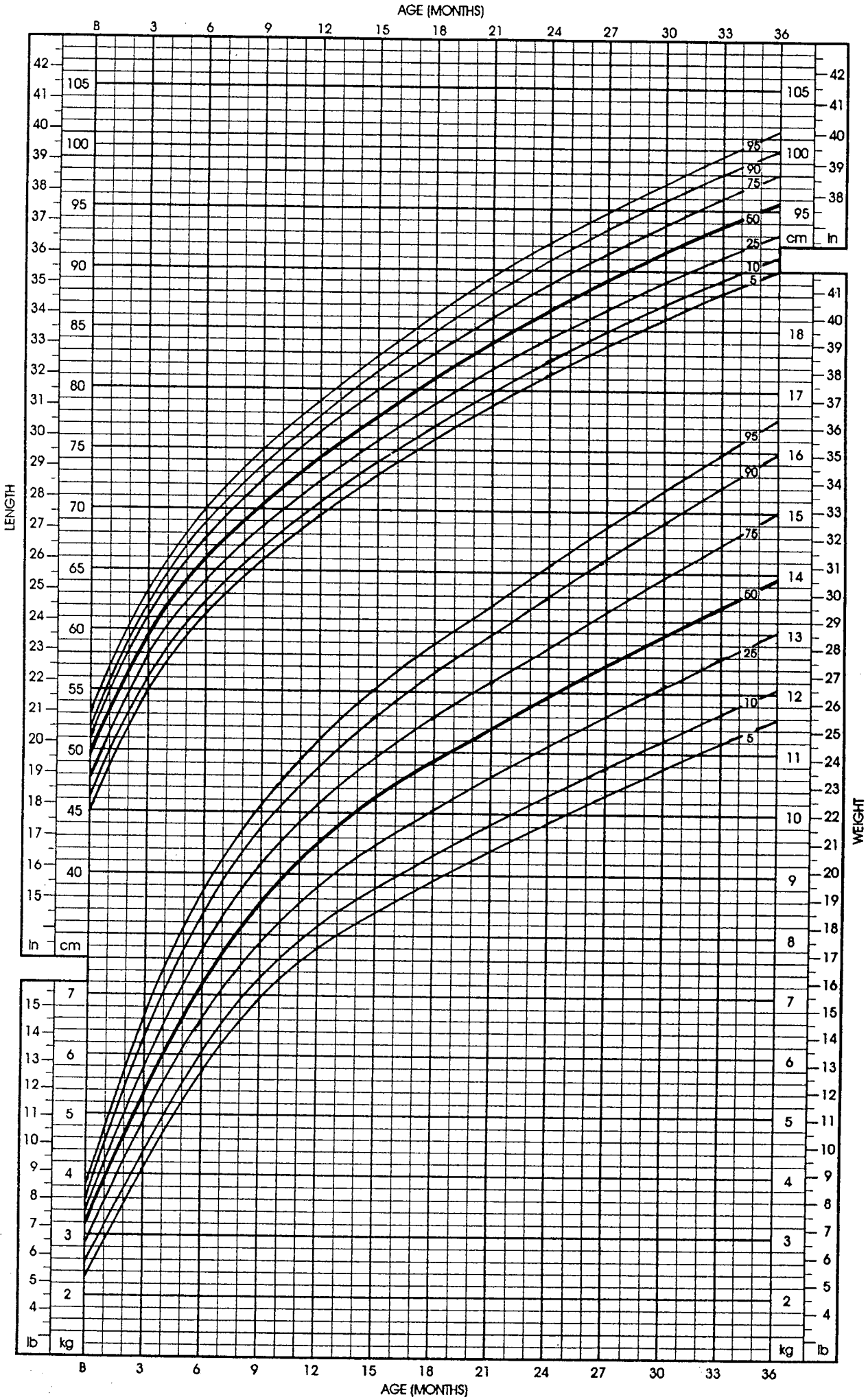
<p>- Desenvolvimento emocional e social: na maioria das vezes possui um amigo próximo a quem confidencia suas idéias e sentimentos, a linguagem reflete tanto a sofisticação de seu pensamento quanto a “cultura” do grupo;</p>	
<p>- Avaliação do gráfico de desenvolvimento pôn timer estatural</p>	

## **ANEXO II**

•

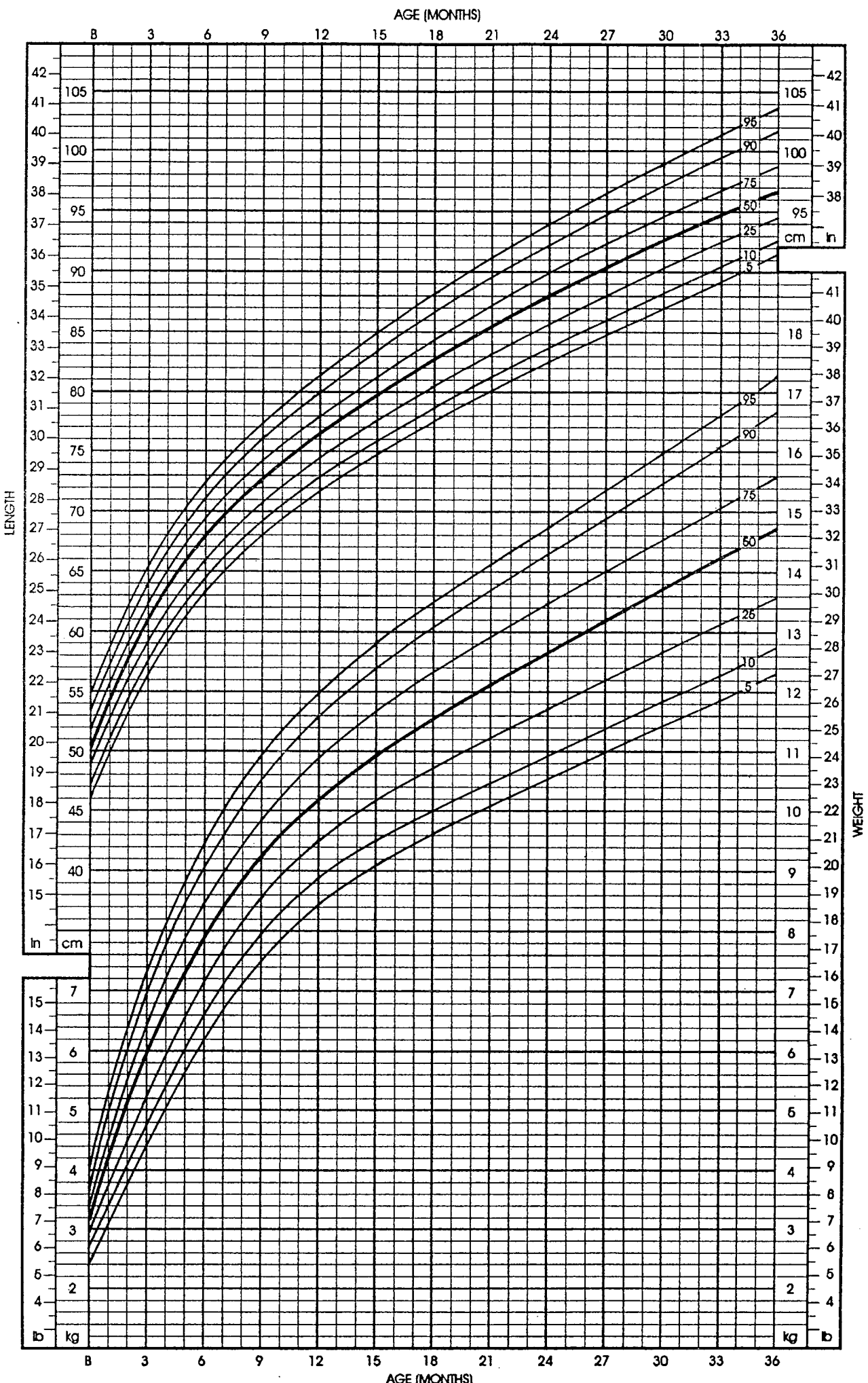


NAME: .....  
RECORD # .....





NAME: ..... RECORD # .....





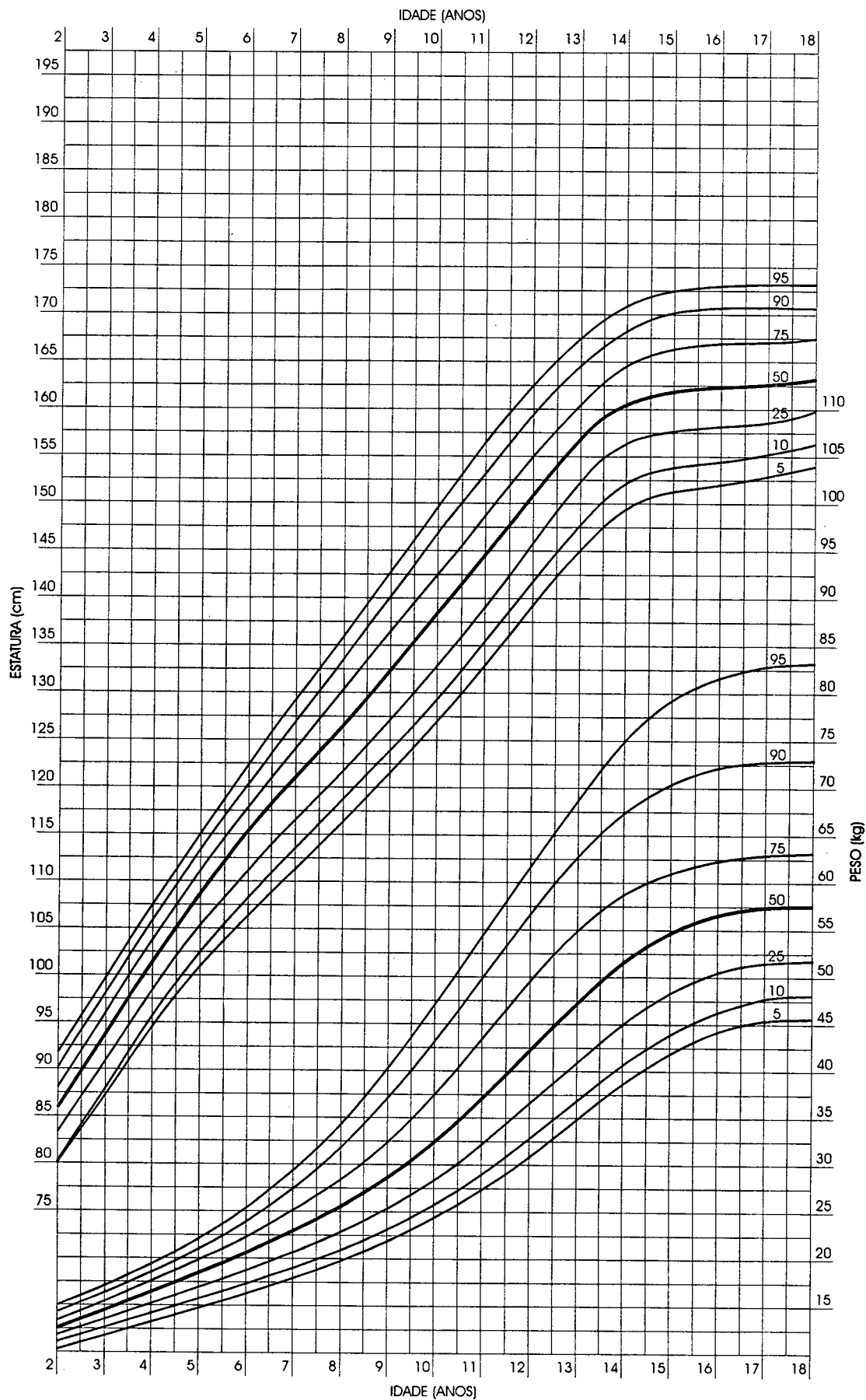
Nome: \_\_\_\_\_

Data de nasc.:        /        /

Prontuário n.º: \_\_\_\_\_



**MENINAS - 2 a 18 anos**  
(NCHS - PERCENTIS)





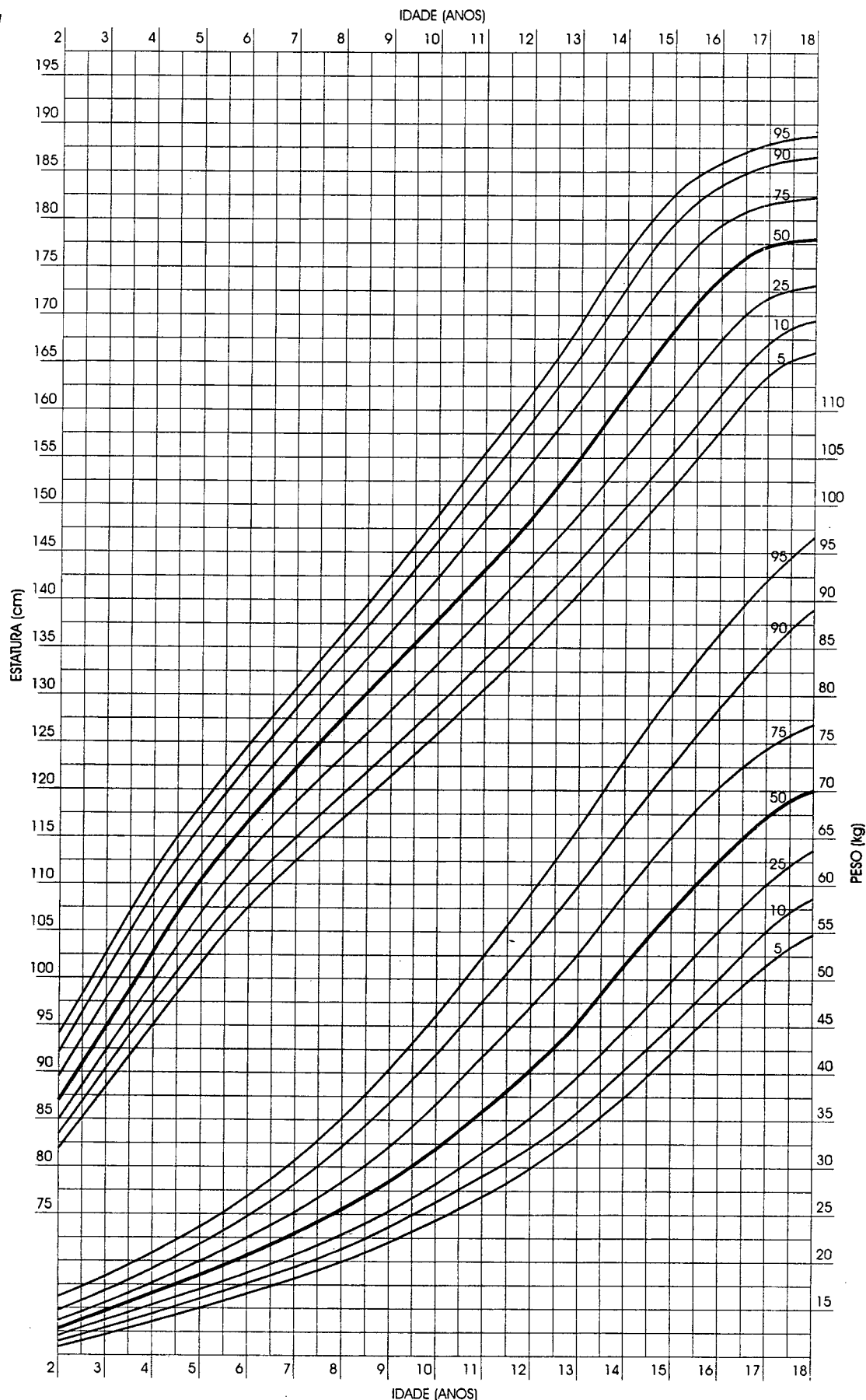
Nome: \_\_\_\_\_

Data de nasc.:        /        /

Prontuário n.º: \_\_\_\_\_

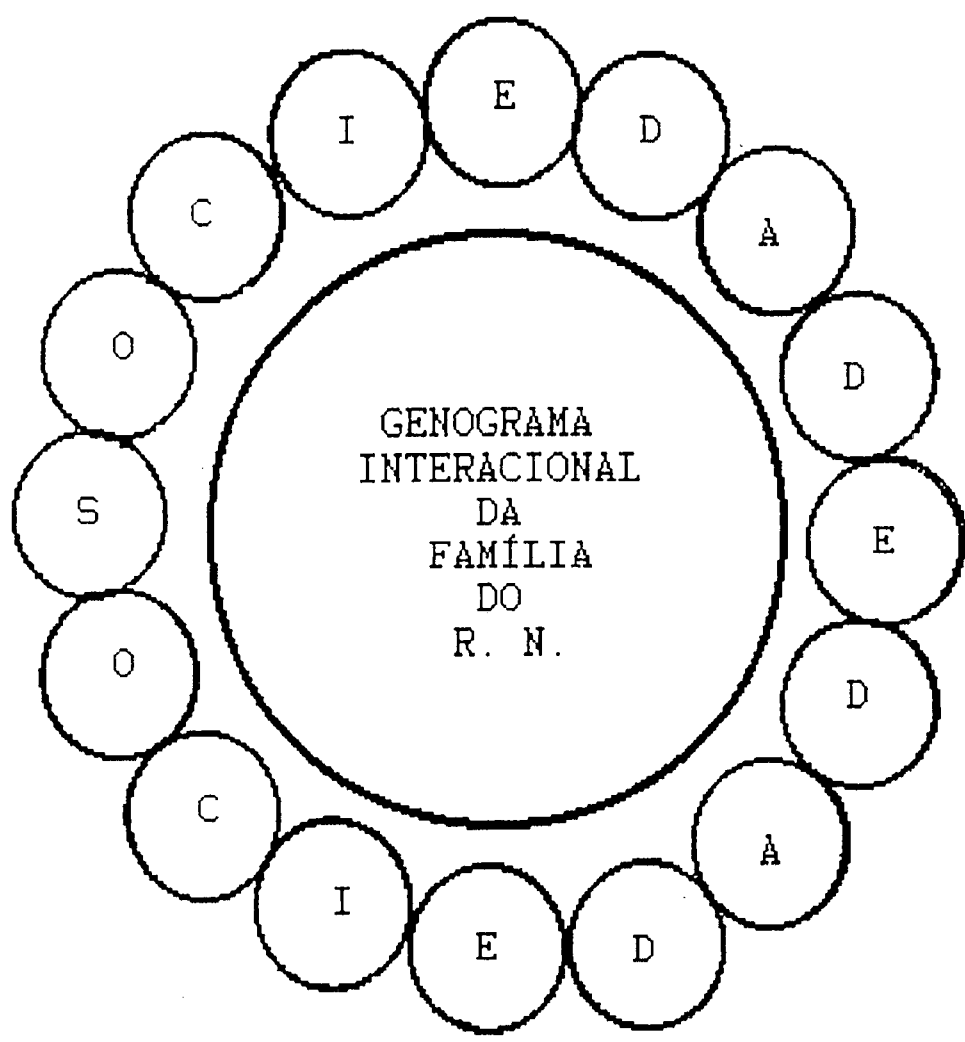


**MENINOS - 2 a 18 anos**  
(NCHS - PERCENTIS)



## **ANEXO III**

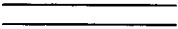







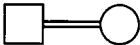
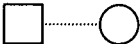












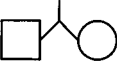
GENOGRAMA INTERACIONAL E MAPA DAS INTERAÇÕES DA FAMÍLIA DO RECÉM-  
NASCIDO COM A SOCIEDADE (REDE SOCIAL)





## **ANEXO IV**

**Código da Natureza das Interações e Símbolos Utilizados**

Super – Aproximação / Forte / Super / Interação.	
Aproximação / Tênu e / Interação Positiva.	
Distanciamento / Interação Perturbada.	
Stress / Conflito / Interação Negativa.	
Sexo Masculino	
Sexo Feminino	
Sexo Indefinido	
Casal Matrimônio Legal	
Casal Consangüíneo.	
Casal com Matrimônio não Legal	
Natimorto	  
Pré -Termo	  
Abortamento	  
Pós -Termo	  
Gemelar	

Baseado em NITSCHKE ( 1991 ), Dissertação de Mestrado, UFSC.

## **ANEXO V**



No.

SA/033	DATA	MÉDICO	C.R.M.
--------	------	--------	--------

[illegible]

**C.R.M.**

## **ANEXO VI**



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

FICHA CLÍNICA

No.

UNIDADE

H.I.J.G.

NOME

Alex Schmidt

REGISTRO

171362

UNIDADE

Ambulatório Grupo C

QUARTO/LEITO

IDADE

9 anos

ANAMNESE, EXAME FÍSICO E EVOLUÇÃO CLÍNICA – ANOTAÇÕES SEQUENCIAIS

22/06/99

→ A.S. branco, sexo masculino, 9 anos, procedente de Curitiba, compareceu ao ambulatório para uma consulta acompanhada de seu pai, sendo esta a primeira consulta com endocrinologista, pois anteriormente o acompanhamento era realizado com pediatra da cidade.

Segue a 4ª série com bom rendimento escolar, e segundo o pai, todos no colégio estão cientes do diagnóstico de A.S., facilitando caso lhe ocorra alguma complicação. Utiliza insulina NPH, sendo que a aplicação é realizada pela mãe e raramente pela tia.

A seringa que utiliza é de 100 U e A.S. resalta que quer aprender a se auto-aplicar.

A aplicação é feita nas coxas, parte superior externa dos braços, nádegas, evitando a região do abdômen.

Realiza 2 vezes por semana educação física na escola pelo período da manhã, e à tarde tem seu momento de recreação também, segundo o pai.

Alimenta-se regularmente, com 6 refeições diárias por dia pela nutricionista.

Utiliza para controle o teste de glicemia e glicúria, mas não está sendo realizado diariamente.

Reconhece sintomas como hipoglicemia, hiperglicemia, cetoacidose diabética.

SA/033

DATA

MÉDICO

C.R.M.

ANAMNESE, EXAME FÍSICO E EVOLUÇÃO CLÍNICA – ANOTAÇÕES SEQUENCIAIS

O → Criança corada, hidratada, lúcida e contactuante

P = 36,500 kg

E = 136,5 cm

Interessada em aprender mais sobre Diabetes e auto-aplicação

A → • Déficit de auto-cuidado com relação a aplicação da insulina, demandando SAE e SPC

• Déficit com relação ao redizão completo dos locais de aplicação, demandando SAE

• Déficit com relação a verificação diária da glicemia ou glicosúria para que a pessoa tenha um controle, demandando SAE

• Necessidade de orientação em relação as complicações que podem ocorrer no diabético, demandando SAE.

• Apresenta-se no percentil 90 com relação ao peso e entre 50 e 75 (altura).

P → Demanda terapêutica:

• Estimular a família para que pelo menos existam 2 pessoas que saibam aplicar a insulina em A.S, até que esta atinja maturidade para desempenhar seu auto-cuidado (SAE e SPC)

• Ensinar em A.S. a técnica da injeção, já que apresenta interesse em aprender (SAE)

• Ressaltar a importância do redizão nos locais de aplicação, para que a pessoa prevena contra problemas que podem surgir pela repetição de pontos recentemente utilizados (SAE)

• Orientar para que verifique sempre que possível e com maior frequência a glicemia ou glicosúria, a menos que tenha prescrição médica com diferente plano (SAE)

• Orientar a criança e seus familiares sobre a fisiopatologia

DATA	ASSINATURA	C.R.M.
------	------------	--------





ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

FICHA CLÍNICA

No.

UNIDADE

H.I.J.G.

NOME

Alex Schmidt

REGISTRO

171362

UNIDADE

Ambulatório Grupo C

QUARTO/LEITO

IDADE

9 anos

ANAMNESE, EXAME FÍSICO E EVOLUÇÃO CLÍNICA – ANOTAÇÕES SEQUENCIAIS

Logra do Diabetes, seu tratamento, enfatizando as complicações (SAE)

- Fornecer impresso explicativo e folder (SAE)

*(Assinatura)*  
Enfermeira  
Chefe de Enfermagem  
Setor de

Acadêmica de Enfermagem  
Pêla S. Blayer  
8ª fase - UFSC.

SA/033

DATA

MÉDICO

C.R.M.



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE — SUS

FICHA CLÍNICA

No.

UNIDADE

H.I.J.G.

NOME

Janessa

REGISTRO

100799-9

UNIDADE

Ambulatório Grupo C

QUARTO/LEITO

IDADE

8 anos

ANAMNESE, EXAME FÍSICO E EVOLUÇÃO CLÍNICA — ANOTAÇÕES SEQUENCIAIS

08106199

S → V, 8 anos, branca, sexo feminino, retornou ao ambulatório, acompanhada de sua irmã (também diabética), seu irmão e sua mãe para uma consulta.

V. utiliza insulina NPH e R, mas ainda não se auto-aplica, sendo este um procedimento exclusivo da mãe.

A mãe refere que insiste muito para V. se auto-aplicar, mas a mesma nega constantemente.

V. refere não conseguir ler, e não entende o que lhe é passado em sala, mas segundo sua irmã, M., esta tenta diariamente ensinar-lhe a ler.

Continua na 1ª série, com mau desempenho escolar.

O → Criança hidratada, corada e lúcida

Facies: quieta e calma

P = 23 kg; E = 1,10 cm

A → • Criança apresenta diminuída capacidade para aprender a ler, provavelmente por falta de incentivo e estudos demandando SAE.

• Dependente da família para o auto-cuidado, demandando SAE.

• Deficit de auto-cuidado com relação à auto-aplicação, demandando SAE.

• Apresenta mau desempenho escolar, provavelmente

SA/033

DATA

MÉDICO

C.R.M.

ANAMNESE, EXAME FÍSICO E EVOLUÇÃO CLÍNICA – ANOTAÇÕES SEQUENCIAIS

por ainda não saber ler e falta de estudo, demandando SAE

- Apresenta com relação ao peso no percentil 25 e com relação a altura no percentil 10

### Demanda Terapêutica:

- Estimular a criança a estudar diariamente, se empenhar e incentivar a mãe a lhe ajudar no estudo (SAE)
- Conversar com a mãe a falar com a professora para proporcionar a sua filha uma atenção maior (SAE)
- Estimular a criança na realização do auto-cuidado, enfatizando a importância da auto-aplicação, explicando o método da lavagem para semir de treinamento (SAE)
- Fornecer impresso explicativo e folder para maiores dúvidas sobre Diabetes
- Comunicar e convidar para a oficina educativa

Cláudia Seelshi  
 Cláudia Seelshi  
 Enfermeira  
 COREN/SC 31231  
 Chefe de Enfermagem do  
 Setor de Ambulatório

Acadêmica de Enfermagem  
 Paula S. Bleyer  
 Bº faz - UFSC

DATA

ASSINATURA

C.R.M.



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE — SUS

FICHA CLÍNICA

No.

UNIDADE

H.I.J.G.

NOME

Maria Eduarda

REGISTRO

124879-0

UNIDADE

Ambulatório Grupo C

QUARTO/LEITO

IDADE

7a

ANAMNESE, EXAME FÍSICO E EVOLUÇÃO CLÍNICA — ANOTAÇÕES SEQUENCIAIS

25/06/99

S → M.E., 7a, compareceu ao ambulatório para uma consulta, acompanhada de seus pais.

O pai continua a ser o único a aplicar insulina em M.E. a mãe refere que ainda sente medo de fazer o procedimento, mas relatam que caso seja necessário uma amiga enfermeira da família pode aplicar em M.E. na ausência do pai.

Verificam 2 vezes ao dia a glicemia em aparelho próprio.

O redizão vêm sendo realizado, mas o abdômen é evitado na maioria das vezes.

Continuam com dúvidas em relação a dose de insulina.

O pai refere que Diabetes "é uma encrenca" e a mãe diz ser a "pior coisa que existe".

O → Criança corada, hidratada, lúcida, contactuante. Mãe sentimental e triste.

A → Apresenta diminuída capacidade para assumir o auto-cuidado, provavelmente pela imaturidade da criança demandando SPC e SAE.

• Deficit com relação a aplicação da insulina, demandando SAE.

• Deficit de auto-cuidado em relação ao redizão completo.

SA/033

DATA

MÉDICO

C.R.M.

ANAMNESE, EXAME FÍSICO E EVOLUÇÃO CLÍNICA – ANOTAÇÕES SEQUENCIAIS

dos locais de aplicação, demandando SAE

- Apresentam dúvidas com relação a dose certa para aplicação da insulina, demandando SAE

P → Demanda Terapêutica:

- Estimular a participação da família no auto-cuidado do criança, principalmente enfatizar a participação da mãe (SAE e SAC)
- Orientar para que o pai escolha diferentes áreas para cada nova aplicação em M.E., mostrando-lhe estes locais e destacando que assim vai prevenir contra problemas que possam surgir pela repetição de pontos recentemente utilizados (SAE)
- Orientar o pai a respeito das doses de insulina, ensinando-o quando aumentar ou diminuir conforme orientação médica (SAE)
- Orientar sobre a necessidade de proseguir o tratamento dietético e medicamentoso de acordo com as orientações médicas (SAE)
- Fornecer impresso explicativo e folder (SAE)

*Clarice Dielski*  
Clarice Dielski  
Enfermeira  
COREN/ RJ 31231  
Chefe de Enfermagem do  
Setor de Ambulatório

Acadêmica de Enfermagem  
Perla S. Blayer  
8ª fase - UFSC

DATA

ASSINATURA

C.R.M.



No.

UNIDADE

H.I.J.G.

NOME

João Carlos Rusi

REGISTRO

134955-4

UNIDADE

Ambulatório Grupo C

QUARTO/LEITO

IDADE

5 anos

ANAMNESE, EXAME FÍSICO E EVOLUÇÃO CLÍNICA — ANOTAÇÕES SEQUENCIAIS

26/05/99

5 → J.C. 5 anos, branco, sexo masculino, natural de Tijucas, procedente de Itapema, admitido vindo da emergência externa com um quadro de cetoacidose diabética.

Segundo a mãe estava urinando muito e com muito fome, levou-o a farmácia pois achava que era cistite, sendo medicado.

O quadro se acentuou com episódios de vômitos e desidratação, o que levou J.C. à internação.

Segundo a mãe sente-se assustada com tal situação e acha que não vai conseguir aplicar a insulina. Refere não saber nada sobre Diabetes e resalta precisar de muitas orientações.

O → Criança hiperconada desidratada, sonolenta, irritada, apática e acinmótica.

A → Apresenta-se dependente da família para o autocuidado, provavelmente por não atingir um grau de maturidade suficiente, demandando SPC e SAE. Déficit de auto-cuidado com relação à dieta, atividade física, insulino-terapia, complicações, fisiopatologia, exames específicos, tratamentos, entre outras, demandando SAE.

DATA

MÉDICO

C.R.M.

ANAMNESE, EXAME FÍSICO E EVOLUÇÃO CLÍNICA – ANOTAÇÕES SEQUENCIAIS

• Apresenta um quadro de desidratação ocasionado pela cetoacidose diabética, demandando SAE.

P2 Demanda Terapêutica:

- Estimular a participação da família no auto-cuidado da criança (SAE e SPC)
- Orientar os familiares sobre a fisiopatologia do Diabetes, tratamento, complicações, exames, insulina, entre outros (SAE)
- Apoiar a família neste momento e encorajá-la a participar nos cuidados (SAE)
- Orientar sobre a necessidade de prosseguir o tratamento dietético de acordo com a nutricionista e o medicamento de acordo com as orientações médicas (SAE e SPC)
- Fornecer impresso explicativo e folder (SAE)
- Marcar retorno para o ambulatório (SAE)

Acadêmica de Enfermagem  
 Paula S. Bluyer  
 8ª fase - UFSC

DATA

ASSINATURA

C.R.M.



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE — SUS

FICHA CLÍNICA

No.

UNIDADE

H.I.J.G.

NOME

Flora

REGISTRO

130179-

UNIDADE

Ambulatório Grupo C

QUARTO/LEITO

IDADE

15 anos

ANAMNESE, EXAME FÍSICO E EVOLUÇÃO CLÍNICA — ANOTAÇÕES SEQUENCIAIS

22/06/99

S.F. 15 anos, branca, sexo feminino, procedente de Garopaba compareceu ao ambulatório para uma consulta acompanhada de seu pai.

Convive com Diabetes há 1 ano, sendo que o acompanhamento é realizado somente com o endocrinologista.

Levanta a 1ª série no período matutino e relata que não exercita no colégio. A prática dos exercícios são realizadas no período vespertino, o basquete com suas amigas.

Com relação a alimentação, faz 5 refeições diárias, excluindo o café da manhã, pois diz não gostar.

Não segue uma dieta e refere sentir fome fora dos horários programados da alimentação.

Utiliza insulina N e R e seringa de 100U, sendo F. mesma que aplica, mas ressalta se caso precise tanto o pai quanto a mãe podem aplicar.

Verifica glicemia 3 vezes ao dia em aparelho próprio e diz ter glicosímetro caso seja necessário sua utilização.

Os valores não foram mais registrados desde dezembro de 98, pois refere que seu caderno acabou.

Utiliza como pontos de aplicação a região das coxas, parte superior externa dos braços, o abdômen, evitando as dobras.

Pai desconhece o tipo de Diabetes que sua filha apresenta.

0 → Corada, hidratada, lícida e consistente.

SA/033

DATA

MÉDICO

C.R.M.



ANAMNESE, EXAME FÍSICO E EVOLUÇÃO CLÍNICA – ANOTAÇÕES SEQUENCIAIS

A → • Independente da família para o auto-cuidado, demandando SAE

• Déficit de auto-cuidado com relação à dieta, provavelmente por falta de orientações e acompanhamento com nutricionista, demandando SAE

• Déficit com relação ao registro diário dos valores da glicemia, demandando SAE

• Déficit de auto-cuidado em relação ao rediço completo dos locais de aplicação da insulina, demandando SPC e SAE

• Necessidade de orientações em relação a classificação do Diabetes, demandando SAE.

P → Demanda Terapêutica:

• Parabenizar F. por realizar seu auto-cuidado (SAE)

• Conversar com F. e incentivá-la a consultar com nutricionista caso seja necessário, para que a mesma possa lhe passar uma dieta e orientá-la em relação a dúvidas específicas com a profissional (SAE)

• Mostrar a pirâmide alimentar para F., explicando-a e ressaltando a importância de se manter uma alimentação equilibrada (SAE)

• Orientar F. a comprar um caderno para registrar os valores diários de sua glicemia, tendo assim um melhor controle e uma auxiliacão na próxima consulta médica (SAE)

• Incentivá-la a realizar rediço completo dos locais de aplicação, destacando as complicações que podem surgir pela repetição de pontos recentemente utilizados (SAE)

• Explicar ao pai a classificação do Diabetes, dando maior ênfase ao tipo 1

• Fornecer impresso explicativo e folder.

DATA	ASSINATURA	Acadêmica de Enfermagem D. L. S. Silva	Deisele Sielke em do 5/6
------	------------	-------------------------------------------	-----------------------------------



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE — SUS

FICHA CLÍNICA

No.

UNIDADE

H.I.J.G.

NOME

Rodrigo Martins Marques

REGISTRO

003077

UNIDADE

Ambulatório Grupo C

QUARTO/LEITO

IDADE

16 anos

ANAMNESE, EXAME FÍSICO E EVOLUÇÃO CLÍNICA — ANOTAÇÕES SEQUENCIAIS

21/06/99

S → R.M.M., 16 anos, branco, sexo masculino, portador de Síndrome Down, com hipotireoidismo e Diabetes tipo 1, compareceu ao ambulatório do H.I.J.G., acompanhado de sua mãe para consulta.

Residem em Fpolis, e destacam que R. apresenta Diabetes há 7 anos.

A mãe, S., relata ter mais 6 filhos, mas diz que R.M. é o único a morar com ela, conjuntamente com seu marido.

Com relação a insulina utiliza L e R, 3 vezes ao dia sendo realizado a glicemia para o teste. A glicemia na mãe diz ser cara, mas apesar de poder fazer um esforço para comprar, refere ter pena de furar o dedo de seu filho muitas vezes.

Somente a mãe aplica a insulina, sentindo a falta de mais alguém na família aprender.

Registram os valores de glicemia em um caderno próprio.

A aplicação é realizada apenas no braço e na perna, evitando os outros locais, pois R.M. não gosta.

Os exercícios que realiza são jogar bola e dança, mas não são realizados com frequência.

A alimentação é feita 6 vezes ao dia, nos horários

SA/033

DATA

MÉDICO

C.R.M.

ANAMNESE, EXAME FÍSICO E EVOLUÇÃO CLÍNICA – ANOTAÇÕES SEQUENCIAIS

ries e bem equilibradas

O acompanhamento é feito pela mãe da criança e as orientações são fornecidas apenas pela médica. Diabetes para a mãe é mais grave do que a síndrome e o hipotireoidismo.

O → Criança corada, hidratada, lívida e contactuante

A → • Apresenta diminuída capacidade para assumir o auto-cuidado, demandando SAE

• Dependente da família para o auto-cuidado, demandando SPC e SAE.

• Mãe sente medo ou pena do seu filho com relação ao teste para verificação glicêmica, demandando SPC e SAE

• Déficit com relação a outras pessoas aplicarem a insulina, além da mãe, demandando SPC e SAE

• Déficit de auto-cuidado com relação ao redi-zio dos locais de aplicação, demandando SPC e SAE

• Déficit de auto-cuidado com relação à atividade física, demandando SAE

P → Demanda Terapêutica:

• Estimular e incentivar R.M. a realizar a auto-aplicação na medida do possível e de acordo com suas possibilidades, gradativamente (SAE)

• Incentivar a mãe, caso tenha condições a realizar o teste de glicemia com frequência para que se possa ter um bom controle (SPC e SAE)

• Orientar a mãe a estimular outros membros da

DATA	ASSINATURA	C.R.M.
------	------------	--------



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE — SUS

FICHA CLÍNICA

No.

UNIDADE

H.I.J.G.

NOME

Rodriges Martins Marques

REGISTRO

00307

UNIDADE

Ambulatório Grupo C

QUARTO/LEITO

IDADE

16 anos

ANAMNESE, EXAME FÍSICO E EVOLUÇÃO CLÍNICA — ANOTAÇÕES SEQUENCIAIS

Família a aprender a técnica da injeção para aplicação da insulina, para que na sua ausência a criança não deixe de aplicar (SAE e SPC)

- Incentivar a mãe a realizar o redigido dos locais de aplicação, conversando sempre com R.M. explicando as complicações que podem ocorrer de não revezamento (SAE e SPC)

- Enfatizar a importância do exercício físico, destacando que deve ser realizado com frequência, pois isto permite uma padronização da dieta e da insulino-terapia e resulta em maior aderência (SAE)

- Fornecer impresso explicativo e folder (SAE)

- Perguntar sobre a necessidade de se realizar uma visita domiciliar

*Clarice Stelski*

Clarice Stelski  
Enfermeira  
COREN/SC 31231  
Chefe de Enfermagem do  
Setor de Ambulatório

Acadêmica de Enfermagem

Paula S. Bleyer

3º fase - UFSC

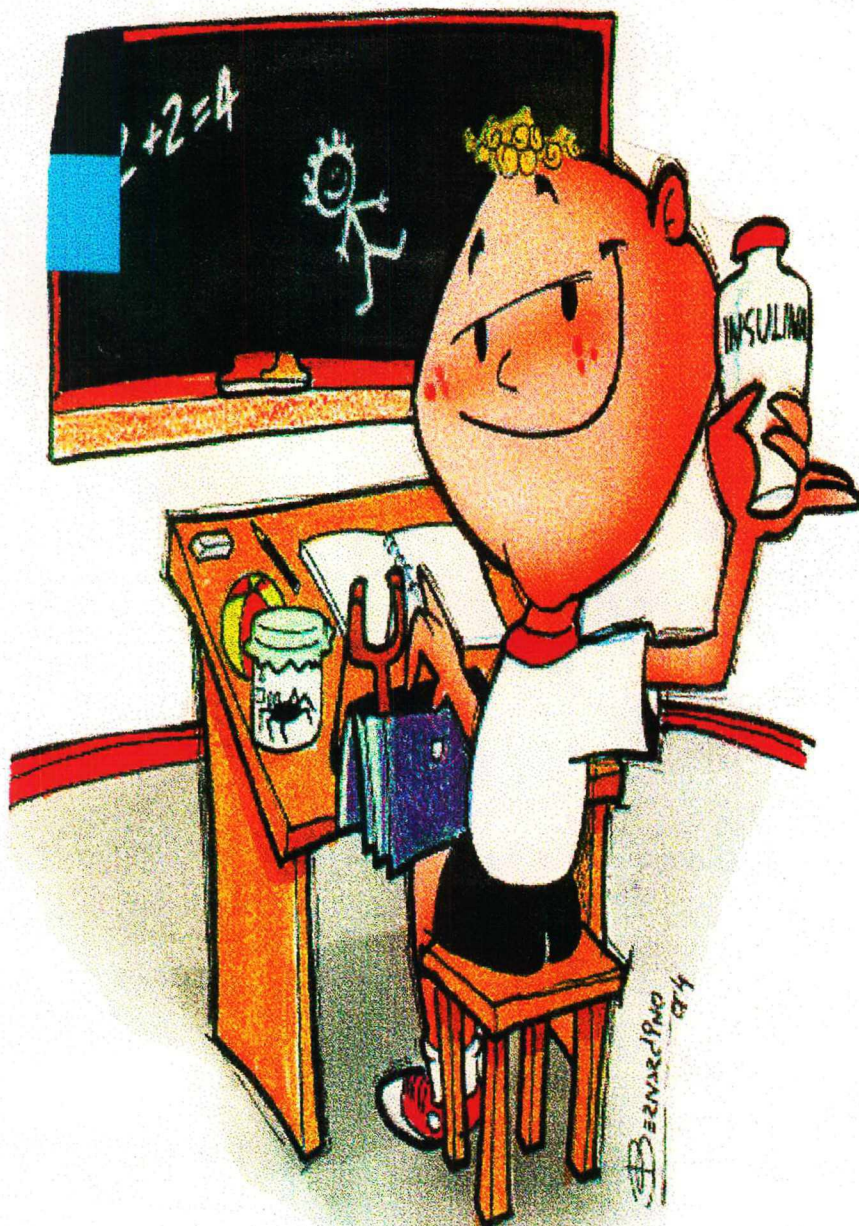
SA/033

DATA

MÉDICO

C.R.M.

## **ANEXO VII**



## **ORIENTAÇÕES**

*O Diabetes, apesar de não ter cura, é uma doença que não impede que as pessoas tenham uma vida normal, desde que haja um bom controle.*



***Entretanto, alguns cuidados devem ser tomados.  
Aqui estão algumas “dicas” para você amigo!***

- Tente seguir uma orientação nutricional com um bom profissional, respeitando os horários, quantidades e qualidade dos alimentos sugeridos.
- Antes de realizar um exercício “extra”, deve-se comer um lanche complementar.
- Verifique sua glicemia antes e depois dos exercícios.
- Aplique sua insulina todos os dias, e não deixe de fazê-lo quando estiver doente.
- Ao comprar sua insulina verifique o tipo, data de vencimento e mantenha-a na geladeira sempre que possível.
- Nunca deixe a insulina congelar.
- Deixe a insulina que não estiver na geladeira em local fresco e longe do calor e da luz.
- Faça a dosagem de glicemia exatamente como lhe foi pedido.
- Não esqueça de fazer rodízio dos locais de aplicação, assim você não corre o risco de ter lesões como caroços, manchas roxas, hematomas, inchaços ( edema ).
- A insulina deve ser injetada no tecido subcutâneo, ou seja, aquele que fica entre a camada gordurosa e os músculos.
- Cuide bem da sua higiene pessoal: lave bem os pés; examine-os todos os dias, corte as unhas em linha reta, evitando que encravem; não use sapatos apertados, sandálias de dedo, nem ande descalço.
- Tome corretamente a medicação que o médico lhe indicou.
- Leve sempre com você um doce para o caso de hipoglicemia e um cartão de identificação de diabético.
- Efetue você mesmo a aplicação de sua insulina, mas não esqueça de lavar bem as mãos antes da aplicação.

***CONFIE EM VOCÊ!***

***Baseado em :***

- Diabetes – conservação de insulinas - Biobrás
- Exercício & Diabetes – Lilly
- Técnica de injeção/ mistura de insulina – Novo Nordisk.

## **ANEXO VIII**



**NOME DO PACIENTE:**



**“DIABETES DA CRIANÇA É DIFERENTE DO DIABETES DO ADULTO”**

**Perla Silveira Bleyer**  
**UFSC – Enfermagem - 8ª fase**

## **VOCÊ SABE O QUE É DIABETES ?**

Para entender o que é Diabetes, você precisa saber o que é o pâncreas.

O pâncreas é um órgão que fica atrás do seu estômago.

O pâncreas produz um líquido muito importante e necessário chamado insulina.

A insulina é um líquido que tem a função de tirar o açúcar ( ou glicose ) do seu sangue e distribuí-lo ao corpo todo para você ter energia para trabalhar, andar, correr, brincar, etc.

Quando seu pâncreas não fabrica ou fabrica pouca insulina, você fica com muito açúcar no sangue e pouco no resto do corpo.

Isso não é bom, porque quando o açúcar não é distribuído para o corpo todo, você sente fraqueza e falta de energia.

Quando acontece esse problema, dizemos que você está com DIABETES.

## **DIABETES MELLITUS TIPO I**

O Diabetes da criança, deve-se à falta completa de insulina levando ao aumento de açúcar no sangue, o qual é eliminado pela urina, produzindo:

- \* poliúria= urinar muito
- \* polifagia= muita fome
- \* polidipsia= muita sede
- \* emagrecimento

No Diabetes tipo I, ou insulino dependente, as células do pâncreas que normalmente produzem insulina foram destruídas.

A solução é injetar insulina subcutânea ( embaixo da pele ) para que possa ser absorvida pelo sangue.

A dieta correta e o tratamento com a insulina ainda são necessários por toda a vida de um diabético.

## É IMPORTANTE VOCÊ SABER QUAIS SÃO AS DESCOMPENSAÇÕES QUE PODEM OCORRER NO DIABÉTICO:

**##HIPOGLICEMIA:** Glicemia abaixo de 70mg/dl.

A Hipoglicemia ( açúcar baixo no sangue ) ocorre quando a dose de insulina está alta, ou o paciente alimentou-se pouco ou fez muito exercício sem tomar um alimento extra, ou fez as refeições fora dos horários programados.

Caracteriza-se por estes sintomas:

Fome Excessiva



Coração Disparado



Suor Excessivo



Tremores



Fadiga



Cefaléia



Irritabilidade



Ansiedade



**VERIFIQUE SUA GLICEMIA IMEDIATAMENTE !**

Nestes casos comer ou tomar:

Alimentos que tenham açúcar. Por ex: copo de leite e bolacha, suco de fruta, sanduíche, refrigerantes, água açucarada, ou qualquer alimento que esteja a mão.

Após 15 min., verifique sua glicemia.

Se o resultado for inferior a 70 mg/dl, repita os passos anteriores.

Se a criança estiver inconsciente, não administrar líquidos, fazer injeção de glucagon ( uma ampola , intra muscular ou seja no músculo - IM ).

Não administrar insulina.

**Levar imediatamente ao pronto socorro.**

OBSERVAÇÃO:

Os sintomas não seguem rigorosamente esta ordem, variando para cada criança.

**##HIPERGLICEMIA:** Glicemia acima de 180 mg/dl.

A Hiperglicemia ( açúcar alto no sangue ) pode ser causada por :  
alimentar-se demasiadamente, ou estar doente ou com infecção ou tomar  
menos medicamento do que o receitado.

Caracteriza-se por estes sintomas:

Sede excessiva



Dormência



Fome excessiva



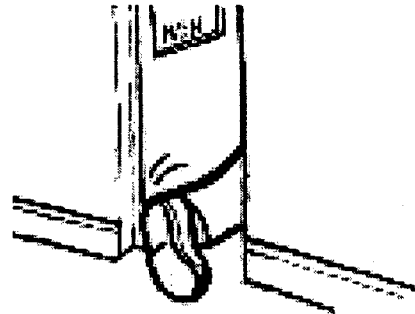
Visão embaralhada



Náusea



Urinar com frequência



Sonolência



VERIFIQUE O NÍVEL DE AÇÚCAR NA URINA OU SANGUE E  
CETONAS NA URINA.

Nestes casos :

Tomar líquidos em abundância. Por exemplo: água, limonada.

**Consultar seu médico urgente**

### **##CETOACIDOSE DIABÉTICA:**

Cetonas são substâncias que podem aparecer na urina nas seguintes condições: jejum prolongado, ou em descompensação importante do Diabete.

Quando o açúcar não é utilizado por falta de insulina, há utilização de gordura, fazendo aparecer cetona na urina.

O que fazer:

Urinar, molhar a fita e esperar 15 seg.

Ler, comparando com a escala do frasco.

Se houver cetona e glicose na urina:

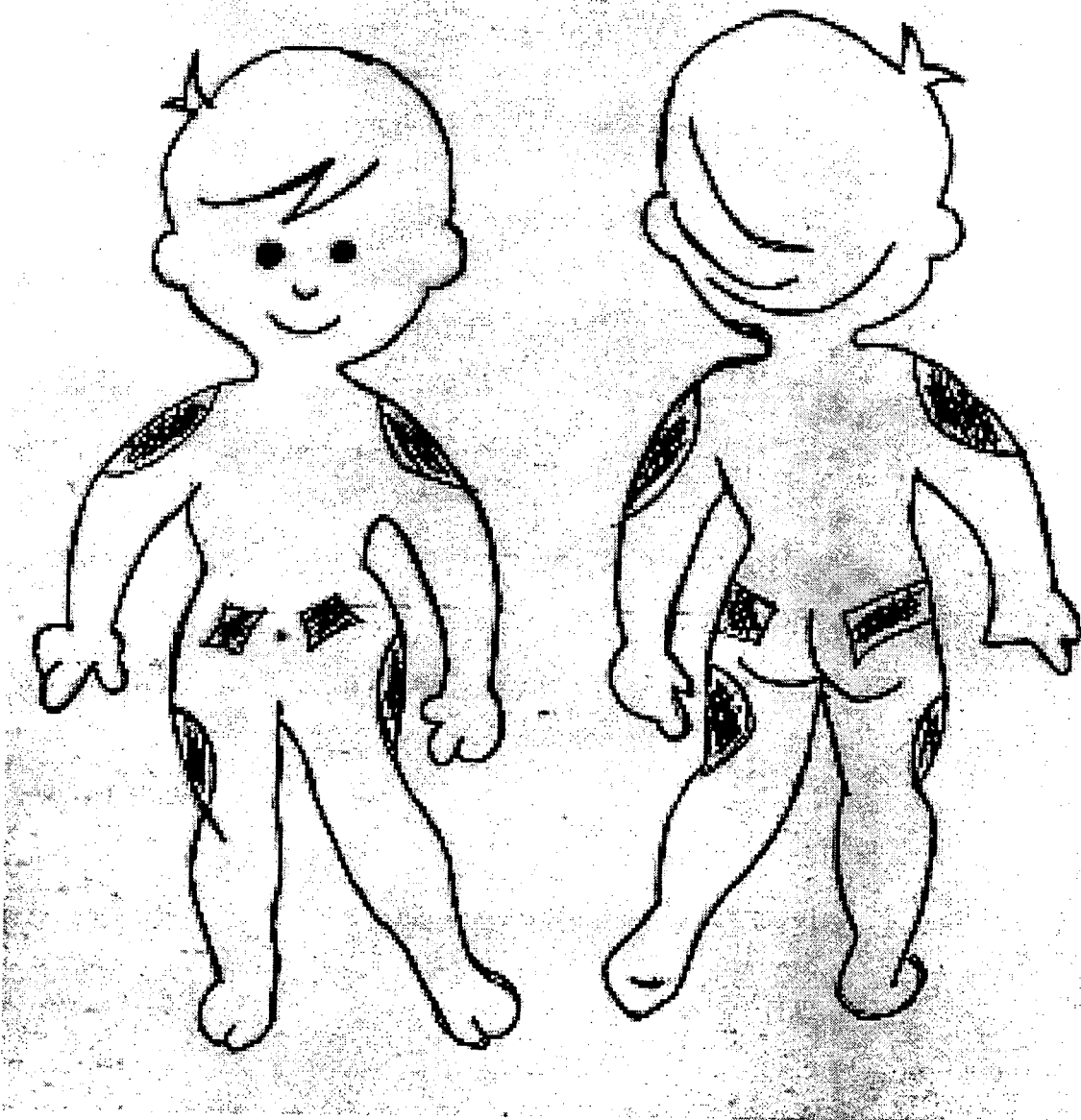
Você poderá estar urinando muito, com muita sede e sentindo-se mal.

Se a glicemia estiver alta e houver glicosúria importante ( +++ ) e cetonúria, provavelmente é uma cetoacidose.

**Procure imediatamente seu médico.**

HÁ ALGUMAS PARTES DO CORPO EM QUE É MELHOR  
APLICAREM-SE AS INJEÇÕES:

Locais de aplicação da injeção:



**OBSERVAÇÃO:** Não administre as injeções sempre no mesmo lugar.  
Tome o cuidado de revezar os locais de aplicação.

Não basta, apenas tomar as injeções de insulina.

**Além de tomar as injeções na dosagem e horário certos, você precisa:**

\* Seguir uma orientação nutricional, nutrição, respeitando os horários, quantidades, qualidade dos alimentos, não deixando de fazer nenhuma refeição.

\* A alimentação da crianças com diabetes não é diferente de uma criança normal, apenas deve-se evitar o consumo excessivo de açúcar refinado. Não se pode esquecer que uma alimentação saudável é baseada em seis refeições diárias com abundância em frutas e verduras , muito líquido, e bem balanceada..

\* Realizar exercícios, pois servem para diminuir, ou seja “queimar” a glicose no sangue.  
Caso realize um exercício “extra”, deve comer um lanche suplementar.

\* Cuidar bem de sua higiene pessoal, principalmente dos seus pés, pois a circulação nos pés dos diabéticos é mais difícil: lave bem os pés, examine-os todos os dias, corte as unhas em linha reta, não use sapatos apertados e nem ande descalço.



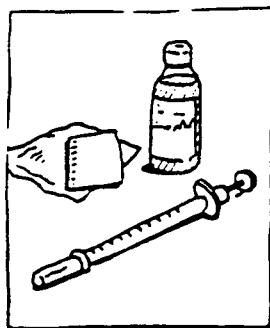
## TÉCNICA DE INJEÇÃO MISTURA DE INSULINA

Materiais necessários:

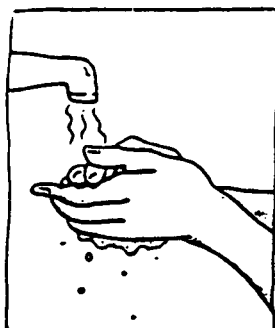
- \* insulina;
- \* seringa;
- \* agulha;
- \* álcool;
- \* algodão.

Lembre-se de lavar cuidadosamente as mãos.

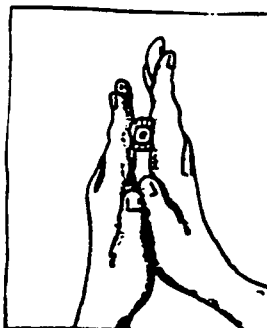
Preparo Simples:



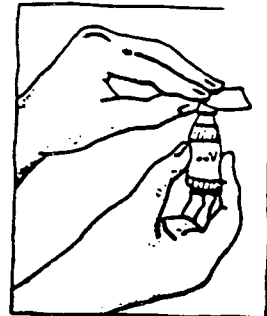
1- Separe todo o material.



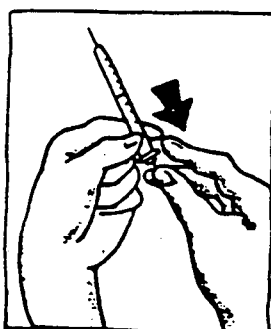
2- Lave as mãos.



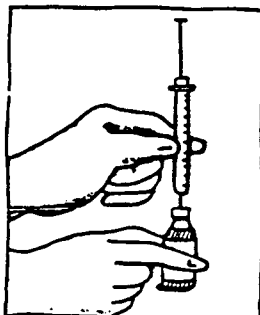
3- Role suavemente o frasco. Não agite.



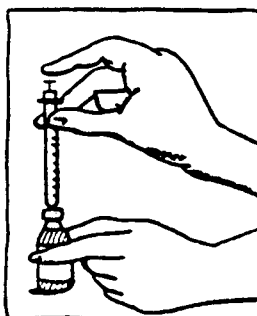
4- Retire a tampa. Limpe a parte superior com algodão e álcool.



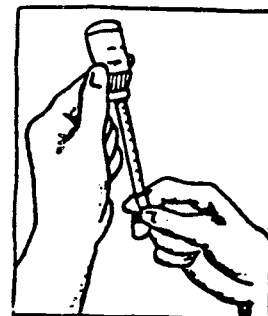
5- Aspire o ar para dentro da seringa na quantidade prescrita da insulina.



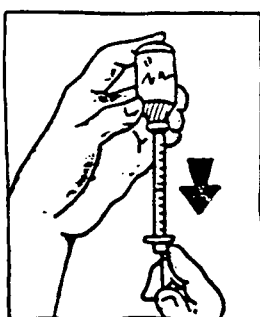
6- Deixe o frasco na mesa e introduza a agulha através da tampa de borracha do frasco de insulina.



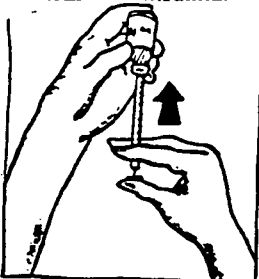
7- Injete o ar que estava na seringa para dentro do frasco.



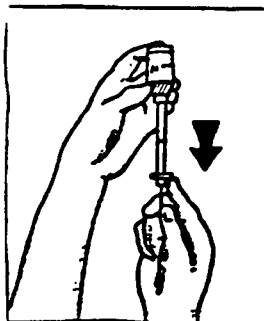
8- Vire o frasco de cabeça para baixo.



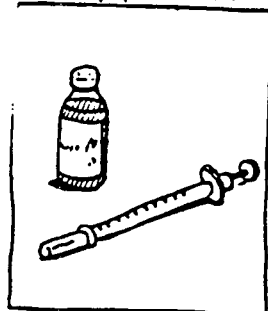
9- Aspire lentamente a insulina para dentro da seringa na dose prescrita



10-Verifique se há bolhas de ar. Se houver, injete a insulina de volta para o frasco e aspire novamente

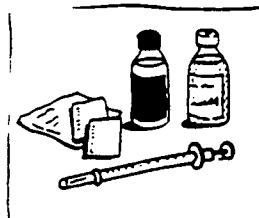


11-Verifique novamente se a dose está correta.

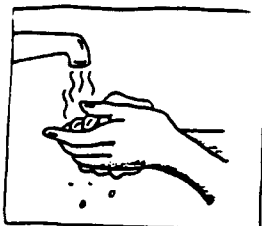


12. Retire a agulha do frasco e cubra-a com o protetor ou deite a agulha de forma que não toque em nada.

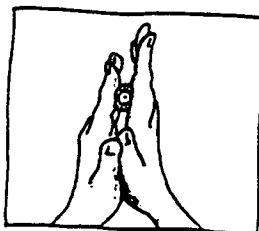
## Mistura: preparo de uma mistura de duas insulinas em uma seringa



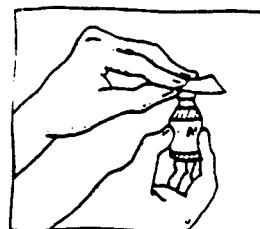
1- Separe todo o material.



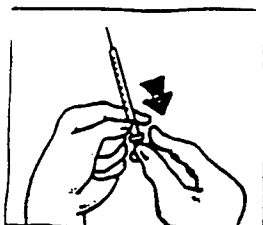
2- Lave as mãos.



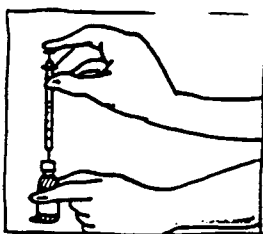
3- Role suavemente os frascos.



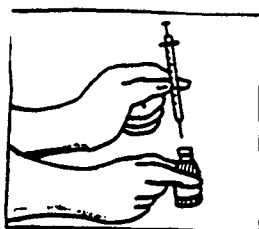
4- Retire as tampas. Limpe a parte superior com algodão e álcool.



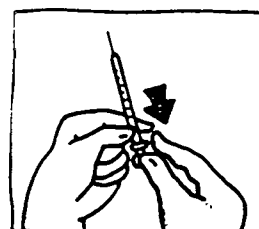
5- Aspire o ar para dentro da seringa na dose prescrita da insulina de ação mais prolongada.



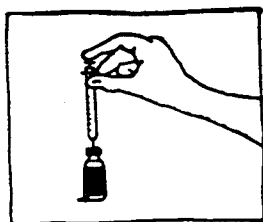
6- Introduza a agulha através da tampa de borracha no frasco de insulina de ação mais prolongada. Injete o ar que está na seringa para dentro do frasco.



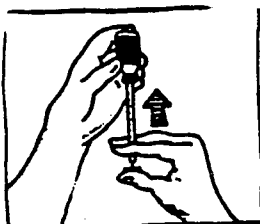
7- Retire a agulha do frasco.



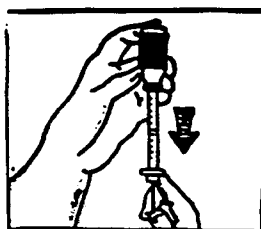
8- Aspire o ar para dentro da seringa na dose prescrita da insulina de ação mais curta.



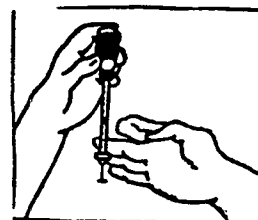
9- Deixe o frasco na mesa e introduza a agulha através da tampa de borracha no frasco de ação mais curta e injete o ar que estava na seringa para dentro do frasco.



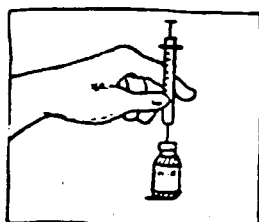
10- Vire o frasco de cabeça para baixo e aspire a dose prescrita para essa insulina de ação mais curta.



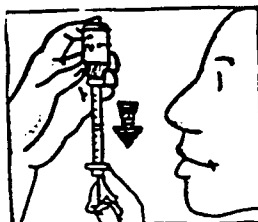
11- Acerte a dose prescrita.



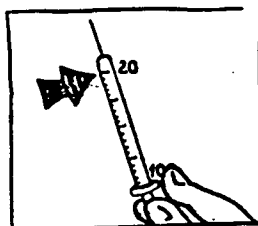
12- Remova as bolhas de ar, se houver e verifique a dose novamente. Retire a agulha do frasco.



13- Pegue o frasco de insulina de ação mais prolongada e introduza a agulha através da tampa de borracha.



14- Vire o frasco e aspire lentamente a dose prescrita para essa insulina de ação mais prolongada. Nessa seringa deverá ter um total de unidades de insulina igual a soma das duas doses prescritas, de ação mais curta e prolongada.



15- Exemplo: 5 unidades de insulina simples (curta ação) + 15 unidades de insulina NPH (ação intermediária). Terá uma dose total de 20 unidades.

• **Importante:** tenha muito cuidado para não deixar penetrar nem um pouco de insulina de ação mais curta no frasco da insulina de ação prolongada.



16- Verifique a dose novamente. Se aspirou muito, jogue fora toda a insulina que está na seringa e comece novamente.

## **LEMBRE-SE**

- \* Nunca misture insulina lenta ( L ) com regular ( R ) pois sua insulina pode cristalizar inutilizando-se, exceto se o preparo for de imediato.
- \* Para mistura use sempre insulina intermediária (NPH) com regular (R).
- \* Aplique sua insulina todos os dias, não deixe de fazê-lo quando estiver doente.
- \* Ao comprar sua insulina verifique o tipo, data de vencimento e mantenha-a na geladeira sempre que possível.
- \* Nunca deixe a insulina congelar.
- \* Deixe a insulina que não estiver na geladeira em local fresco e longe do calor e da luz.
- \* Utilize sempre seringas apropriadas, graduadas para uso de insulinas com 100 unidades por ml (U-100).

## **NÃO ESQUEÇA (TERMOS MÉDICOS):**

- \* GLICEMIA- Medida de açúcar (glicose) no sangue.
- \* GLICOSÚRIA - medida de açúcar (glicose) na urina. Só aparece açúcar na urina quando a glicemia for maior que 180 mg/dL.
- \* CETONÚRIA - medida de cetonas na urina.

\* QUANDO TIVER:

Glicosúria positiva + cetonúria positiva = falta insulina.

Glicosúria negativa + cetonúria positiva = falta comida.

- \* GLICOSÍMETRO = aparelho portátil medidor de glicemia.
- \* CETOACIDOSE DIABÉTICA = descompensação grave do diabetes
- \* EDULCORANTES = adoçantes dietéticos
- \* HIPOGLICEMIA = queda dos valores de glicemia
- \* COMA HIPOGLICÊMICO = coma com grande queda da glicemia
- \* GLICOFITA = fita para medida de glicosúria
- \* INSULINA SUÍNA = insulina extraída do pâncreas do porco
- \* INSULINA MISTA = insulina extraída do pâncreas do porco e do boi
- \* HEMOGLOBINA GLICOSILADA = dosagem laboratorial que permite saber como esteve o controle do diabético nos últimos 60 dias.



**É PRECISO BUSCAR UM EQUILÍBRIO NO TRATAMENTO COM EXERCÍCIOS, ALIMENTAÇÃO E MEDICAÇÃO, PARA MANTER OS NÍVEIS DE GLICOSE NO SANGUE DENTRO DA NORMALIDADE: DE 80 mg/dl A 180 mg/dl ( EM JEJUM ).**

**ESSE PODE SER UM OBJETIVO IMPORTANTE PARA A BOA QUALIDADE DE VIDA NO SEU DIA-A-DIA !**

## **Bibliografia:**

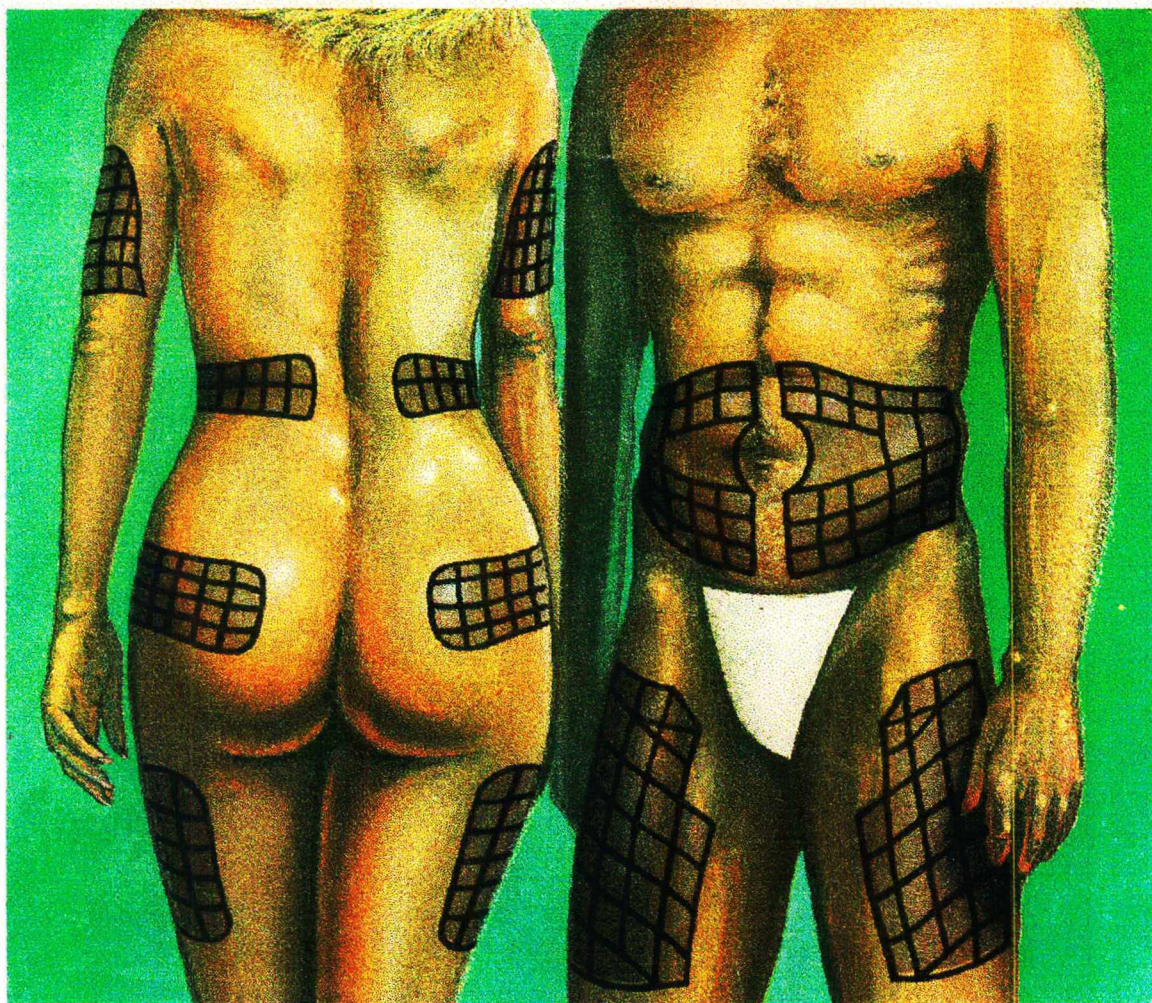
- **A criança diabética na escola – Novo Care**
- **Conhecendo o Diabetes – Hoechst Marion Roussel**
- **Diabetes com doçura – Biobrás**
- **Diabetes – Preparo e aplicação da insulina – desenvolvido pela Joslin Diabetes Center, com patrocínio de Eli Lilly e Boehringer Mannheim para o programa Joslin – SBD – Educação Diabetes Br.**
- **Let's Learn About Diabetes - UNC Hospitals**
- **Técnica de injeção/ mistura de insulina – Novo Nordisk**

## **ANEXO IX**



# INSULINA: PONTOS DE APLICAÇÃO

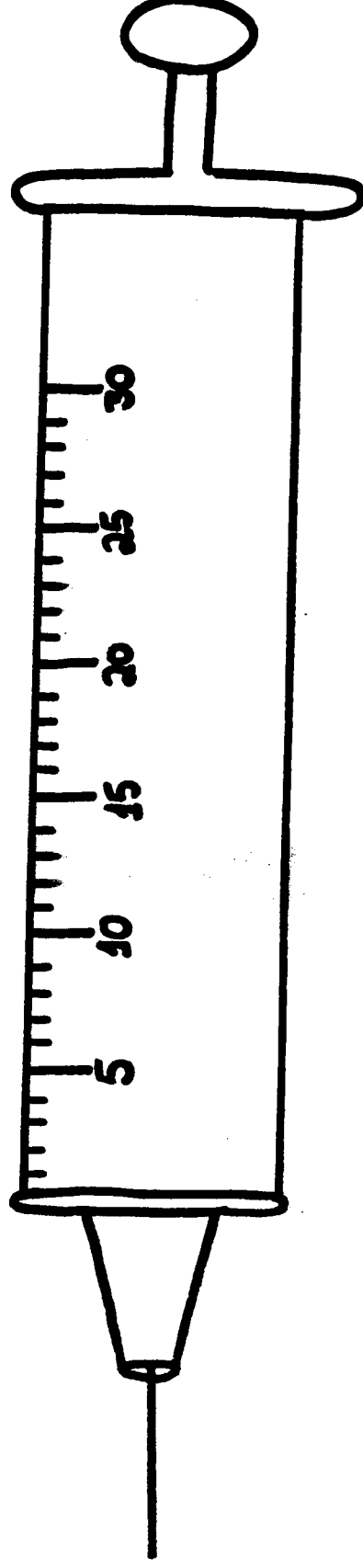
Este Mapa do Corpo foi concebido para indicar os pontos de aplicação de insulina. Fazendo o rodízio de pontos nas áreas determinadas, você evita o uso de uma área ou ponto com frequência indesejada.



## **ANEXO X**



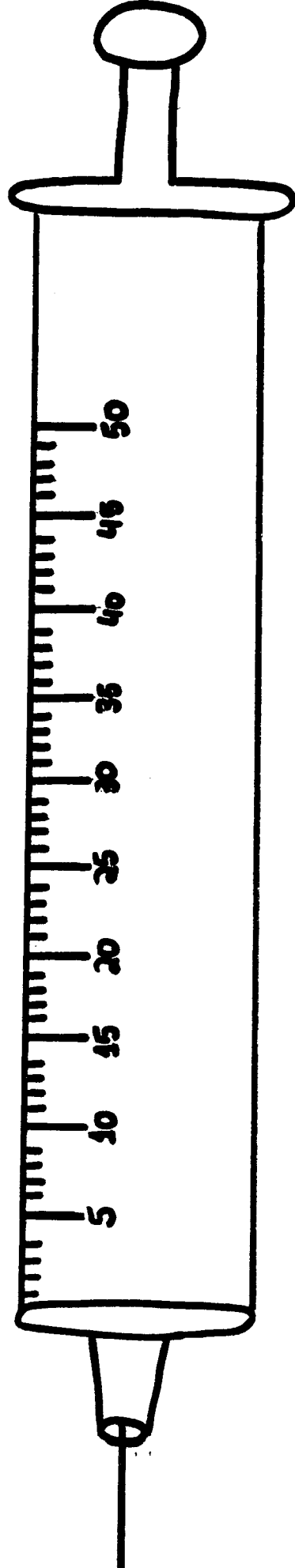
ΣΕΙΜΑ U-30



Cada risco = 1 unidade

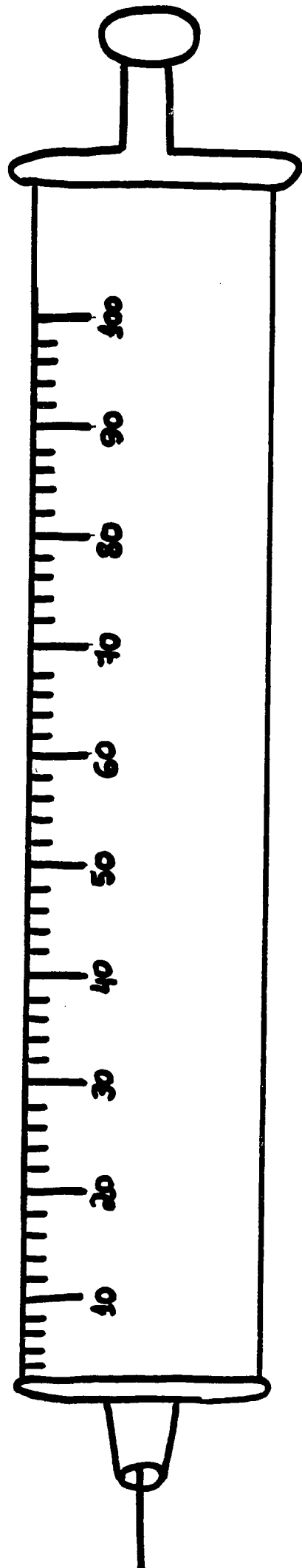
SERINA

U-50



Cada risco = 1 unidade

Serina U-100



Cada rince = 2 unidades

## **ANEXO XI**

# Pirâmide Alimentar

Gorduras, óleos e doces.

Usar com Moderação



Óleos



Açúcares

Leite, iogurte e  
queijo.

2 à 3 porções

Carne, peixe, ovos e aves

2 à 3 porções

Vegetais

3 à 4 porções

Frutas

4 à 3 porções

Pães, cereais, arroz  
e massas

6 à 11 porções

## **ANEXO XII**

## **PLANEJAMENTO DA ATIVIDADE EDUCATIVA**

### **\* Responsáveis pela oficina:**

- Perla ( acadêmica de enfermagem, 8º fase - UFSC )
- Clarice ( Enfermeira do ambulatório - HIJG )
- Raquel ( Psicóloga do HIJG )
- Karla ( Psicóloga do HIJG )
- Eliana ( Nutricionista )

### **\* Objetivos:**

#### **A- Geral:**

Discutir e orientar as crianças e adolescentes insulino-dependentes e suas famílias sobre a importância do auto-cuidado implementando ações educativas, favorecendo o bom controle da doença, melhorando a qualidade de vida e diminuindo assim as complicações agudas e crônicas que possam advir deste mau controle.

#### **B- Específicos da Enfermagem:**

- Estimular a participação da família no auto-cuidado da criança e adolescente diabético;
- Enfatizar a importância do auto-cuidado para a criança e adolescente diabético;
- Orientar a respeito da auto-aplicação, mistura de insulina, técnica de injeção, conservação da insulina, sinais e sintomas, complicações, exercícios, exames, entre outros.

### **\* População Alvo:**

As crianças e adolescentes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 e suas famílias atendidas no ambulatório do Hospital Infantil Joana de Gusmão.

### **\* Local, data e horário:**

Na sala da psicologia do HIJG, às 8:30 hrs., no dia 11 de junho de 1999.

### **\* Recursos a serem utilizados:**

- Impresso explicativo;
- Folder;
- Glucosímetro;
- Fita para glicemia;
- Algodão com álcool;
- Insulina;
- Seringas de 100, 50 e 30 U;
- Laranja;
- Lápis de cor;
- Folha com desenho da sringa;
- Cartaz com desenho dos pontos de aplicação para a insulina;
- Quadro branco;
- Marcador;
- Retroprojektor;
- Álbum seriado.

**\* Conteúdos a serem desenvolvidos:**

- Orientá-los e auxiliá-los quanto a técnica da injeção, a auto-aplicação, mistura de insulina, locais de aplicação;
- Informá-los a respeito da insulino-terapia ( dose, horários, dias, etc. );
- Esclarecimento de dúvidas ou dificuldades.



## **RELATO DA ATIVIDADE EDUCATIVA**

Foi realizada uma atividade educativa, chamada também pelo nome de oficina para crianças e adolescentes diabéticos juntamente com seus familiares, com o objetivo de discutir e orientar as crianças e adolescentes insulino-dependentes e suas famílias sobre a importância do auto-cuidado implementando ações educativas, favorecendo o bom controle da doença, melhorando a qualidade de vida e diminuindo assim as complicações agudas e crônicas que possam advir deste mau controle.

Participaram desta oficina como colaboradoras: Perla ( acadêmica de enfermagem ); Clarice ( Enfermeira do ambulatório ); Karla ( psicóloga ); Raquel ( psicóloga ); Eliana ( nutricionista ) e Edson ( médico endocrinologista ).

Foi registrado a participação de 23 pessoas na oficina, sendo 11 pais e 12 crianças, procedentes de Florianópolis, Urubici, Governador Celso Ramos, Santo Amaro da Imperatriz, Rodeio da Areia, São João Batista, Canoinhas e Biguaçu.

A oficina foi realizada na sala de psicologia do ambulatório do HIJG, no dia 11/06/99, com início às 8:45 hrs. e término às 11:30 hrs.

Foi registrado o evento com fotos, sendo que estas foram realizadas com a permissão de todos os participantes que assinaram seus nomes em folha que segue em anexo.

O ambiente no qual foi realizado a oficina, apesar de ser pequeno, não teve interferência na realização desta.

O primeiro momento da oficina foi reservado para apresentação, que foi desenvolvido de uma maneira muito divertida.

Uma bola pequena com barulho era lançada de um para outro, sem ter a pessoa certa a escolher, e cada pessoa que segurasse a bola teria que se apresentar e caso fosse diabético, falaria seu nome, idade, o local de procedência e há quanto tempo têm Diabetes.

Neste momento o clima do local ficou emotivo por alguns instantes, por motivo de um pai não ter conseguido falar e ter que se ausentar alguns minutos da sala por chorar constantemente.

Então a Enfermeira Clarice falou algumas palavras de conforto e incentivo a todos que ali estavam, prosseguindo a oficina.

O segundo momento foi pedido a todos que relatassem a sua maior dificuldade no controle da Diabetes, sendo anotado em um quadro os relatos.

Estes foram os itens abordados:

- 1- Quantidade de alimentação ingerida;
- 2- Nervoso, Diabetes aumenta;
- 3- Ansiedade, Diabetes aumenta;
- 4- Emoção/fato emocional, Diabetes aumenta;
- 5- Alimentação e medo de chamar atenção;
- 6- Quantidade de insulina, agitação;
- 7- Comer doces;
- 8- Preço das fitas muito alto.

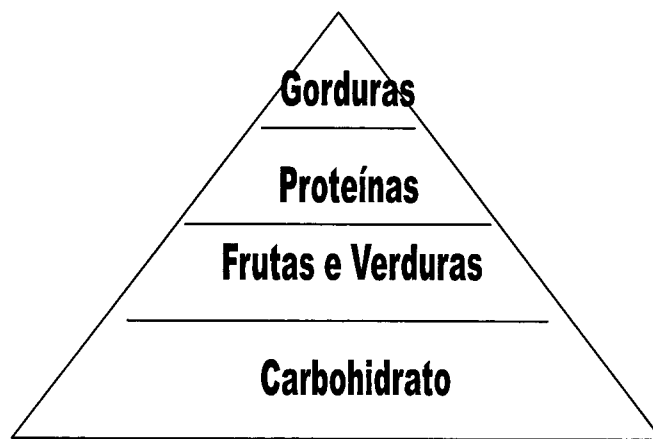
Então, após termos feito isto, Clarice informou a todos que até o final da oficina a equipe tentaria solucionar todos ou pelo menos alguns destes itens, com o decorrer das explicações.

O terceiro momento foi realizado pela nutricionista, utilizando um retroprojeto que explicou estes itens:

a-) Para onde vai o alimento que comemos, mostrando o desenho do tubo digestivo ( boca- esôfago- estômago- duodeno- jejuno e íleo- cólon e reto ).

b-) De que é feito o alimento, diferenciando e explicando os carboidratos ou glicídios, lipídios ou gorduras, proteínas, sais minerais, fibras, água e vitaminas, dividindo-os em energéticos, construtores e reguladores.

c-) Pirâmide alimentar, mostrando a pirâmide desenhada abaixo, destacando a importância de uma alimentação equilibrada e que a quantidade de calorias é individual.



Destacou também que a base da pirâmide é o que deve-se comer mais e o pico da pirâmide é o que deve-se comer menos.

Relatou que uma alimentação equilibrada é realizada com a utilização de cada item.

Então uma criança levantou a mão e relatou o seu café da manhã para que esta pudesse comparar com os itens da pirâmide.

“Eu como de manhã pão com geléia diet, uva, café com leite e adoçante” ( N.,6anos ).

A nutricionista parabenizou-o pelo café e explicou que estava usando cada item da pirâmide.

Após, a nutricionista abriu a questionamentos, ultrapassando seu tempo por ser o assunto tão interessante e sujeito a tantas dúvidas.

No quarto momento foi fornecido o lanche, que foi uma cesta de frutas onde cada criança e seus familiares poderiam escolher a sua.

O quinto momento foi dado a psicóloga falar, esta havia trazido uma série de questões que gostaria de abordar, segundo relato seu, mas deixou aberto a todos que quisessem expor algo.

Foi abordado entre todos que pode-se viver uma vida normal com Diabetes e também a utilização de chás caseiros para o tratamento da Diabetes.

O sexto momento foi concedido a mim, acadêmica de enfermagem Perla falar.

Primeiro distribuí o impresso explicativo e folder para cada família, explicando a importância de se ter o manual sempre à mão enfatizando que este material foi realizado com carinho, em uma linguagem fácil de entender, com o aval de uma equipe responsável pelo tratamento da Diabetes.

Formulei perguntas que gradativamente lançava a quem pudesse responder como: Vocês sabem o que é Diabetes? Qual é o tipo de Diabetes que vocês têm? Vocês sabem a diferença entre o tipo 1 e 2? Conhecem as complicações que podem ocorrer? Sabem o que fazer diante de tais complicações? Conhecem os sintomas? Sabem identificar os locais de aplicação? Alguém poderia me mostrar? Sabem o por que do revezamento dos locais? Por que é importante a realização da atividade física?

A técnica de injeção foi deixado para abordar a quem tivesse dúvida, particularmente no final da oficina pelo motivo do tempo.

Fomos bastante questionados e acreditamos ter conseguido esclarecer dúvidas que perguntavam.

Fiquei feliz pelo fato das perguntas virem principalmente das crianças que não havia atendido, satisfazendo-me pela consulta que realizava.

Mostrei o aparelho para verificação da glicemia, as fitas, de onde surgirão várias dúvidas e os diferentes tipos de seringa para insulina.

Destaquei a importância do auto-cuidado das crianças diabéticas no seu tratamento.

No sexto momento foi distribuído a todos seringas desenhadas, de 30/50/100 U, sendo destacado pela equipe no desenho que a seringa de 30 e 50 U cada risco equivalem a 1 U, e na seringa de 100 U cada risco equivale 2 U. Foi distribuído também lápis de cor para que todos pudessem pintar o número que a enfermeira Clarice pediu ( 22 U ).

Após a realização desta atividade, corrigimos cada desenho, sendo que apenas uma mãe errou, e eu, a expliquei individualmente para que a mesma pudesse entender.

No sétimo momento Clarice explicou a técnica da injeção, através de uma laranja, que eu havia trazido, destacando que a textura da pele da laranja é parecida com a nossa textura da pele, sendo esta a maneira mais fácil de aprender e perder o medo.

Após abrimos as dúvidas, sendo este um momento muito valioso, onde observamos a grande quantidade de pessoas que haviam passado por alguma eventualidade que relatamos como: a agulha entortar; aplicar a insulina e aspirar um pouco de sangue; lançar a seringa de uma distância muito grande, entre outras.

No oitavo momento foi realizada uma avaliação da atividade educativa, também com o auxílio da mesma bolinha que utilizamos no início da atividade, lançada de um para outro, e as respostas que surgiram foram: “achei bom”, “gostei e gostaria de voltar”, “adorei”, “muito legal principalmente com relação a alimentação e como se aplicar”, “gostei pois aprendi muito”, “gostei pois pude desabafar”, “gostei principalmente da técnica da injeção, pois a minha agulha já chegou a entortar”, “gostei e apesar de morar longe, não irei faltar nos próximos”, “gostei aprendemos coisas diferentes”, entre outras.

Todos, sem exceção relataram que compareceriam na próxima oficina que se possa realizar.

Nós, a equipe responsável pela oficina fizemos os agradecimentos e terminamos a oficina com uma salva de palmas.

O endocrinologista, Dr. Edson chegou ao final da oficina, pois estava atendendo no ambulatório e forneceu atestado as crianças que se ausentaram de suas atividades escolares.

Ao término da atividade educativa, a equipe se reuniu e conversamos sobre a oficina e a validade de sua realização.

As profissionais que participaram enfatizaram a importância de se realizar uma próxima, não deixando por finalizar este trabalho com o término de meu estágio.

## **ANEXO XIII**

OFICINA EDUCATIVA PARA CLIENTES DIABÉTICOS E SEUS FAMILIARES

• Data: 11/06/99

• Local: Sala da Psicologia/ Ambulatório HIJG

• Hora: 08:30 horas

• Concordam em ser fotografados

PARTICIPANTES

Nº	NOME (legível)	IDADE	CIDADE	TELEFONE
1	Júlia Maria Ferrari José	34	Florianópolis	226-0807
2	Jonathan Ferrari José	8	Florianópolis	226-0807
3	João Batista José	33	Florianópolis	226-0807
4	Marilza Passos Benício de Moraes	35	Florianópolis	2323805
5	Patrícia Benício de Moraes	13	Florianópolis	2323805
6	Janete M <sup>rs</sup> J. Numburg	39	Fpolis	2261020
7	Anselmo S. Numburg	12	Fpolis	2261020
8	Brigitte I. Baumgarten	44	Fpolis	259-7504
9	Mareon I. Baumgarten	11	Fpolis	259-7504
10	Maria Sandra Stange	42	Trubici	278-4588
11	William Stange	5	Trubici	278-4588
12	Magali M <sup>rs</sup> Monteno	11	G. Celso Ramos	963-7881
13	Vanessa M <sup>rs</sup> Monteno	8	G. Celso Ramos	"
14	Marie de Lourdes O. Monteno	42	G. Celso Ramos	"
15	João Benício de Moraes	16	S. J. Imperatriz	245-1269
16	Mauro Bif	10	Rozário de Cordeiro	—
17	Marie das Graças Bif	50	"	—
18	Aparecida Peixes Martini	27	S. João Batista	265-1154
19	Thaiz Martini	8	"	"
20	Epaprecida de Fátima Dransfeld	22	Canoinhas	—
21	Lennon Gustavo Dransfeld	1a	"	—
22	Rosângelo C. Bittencourt	28	Biguaçu	2434351
23	Nikolas C. Bittencourt	6	"	9603013
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

## **ANEXO XIV**





3º Congresso  
Brasileiro  
Pediátrico  
de  
Endocrinologia  
e Metabologia

Centro de Convenções  
de Curitiba

17 a 20 de abril de 1999

CERTIFICADO

Certificamos que  
**PERLA SILVEIRA BLEYER**  
participou como Congressista

**Romolo Sandrini**  
Presidente Comissão Organizadora

promoção



patrocínio



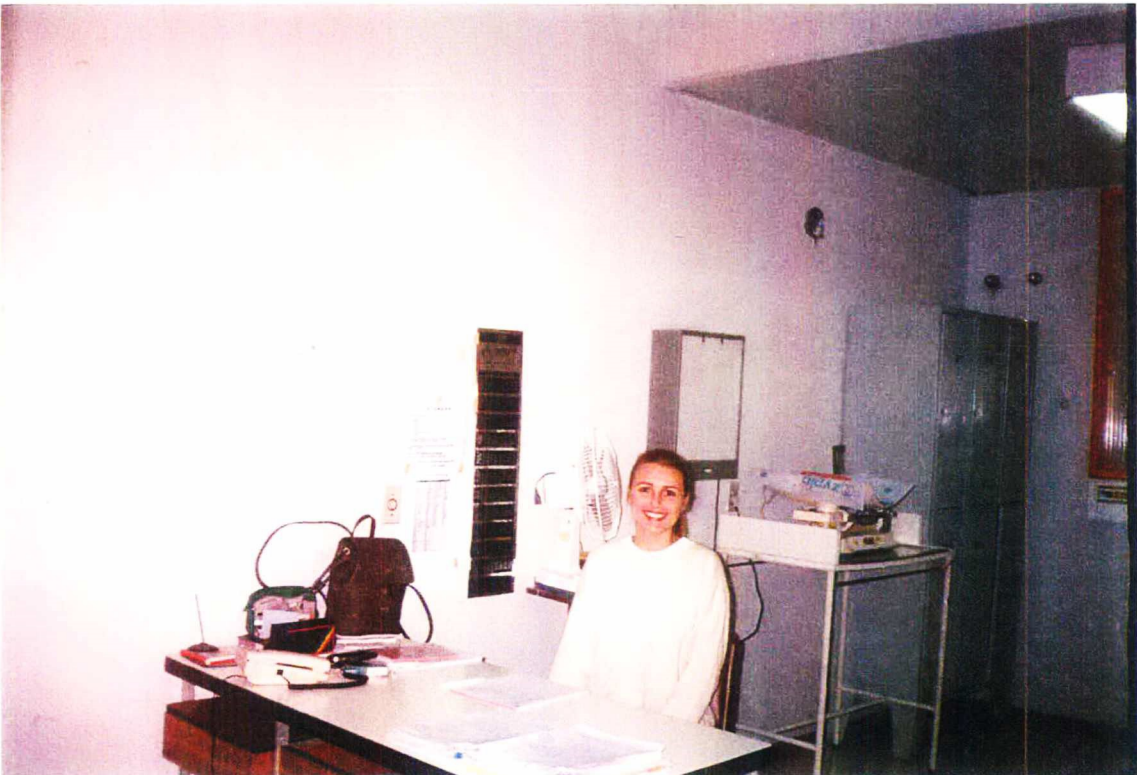
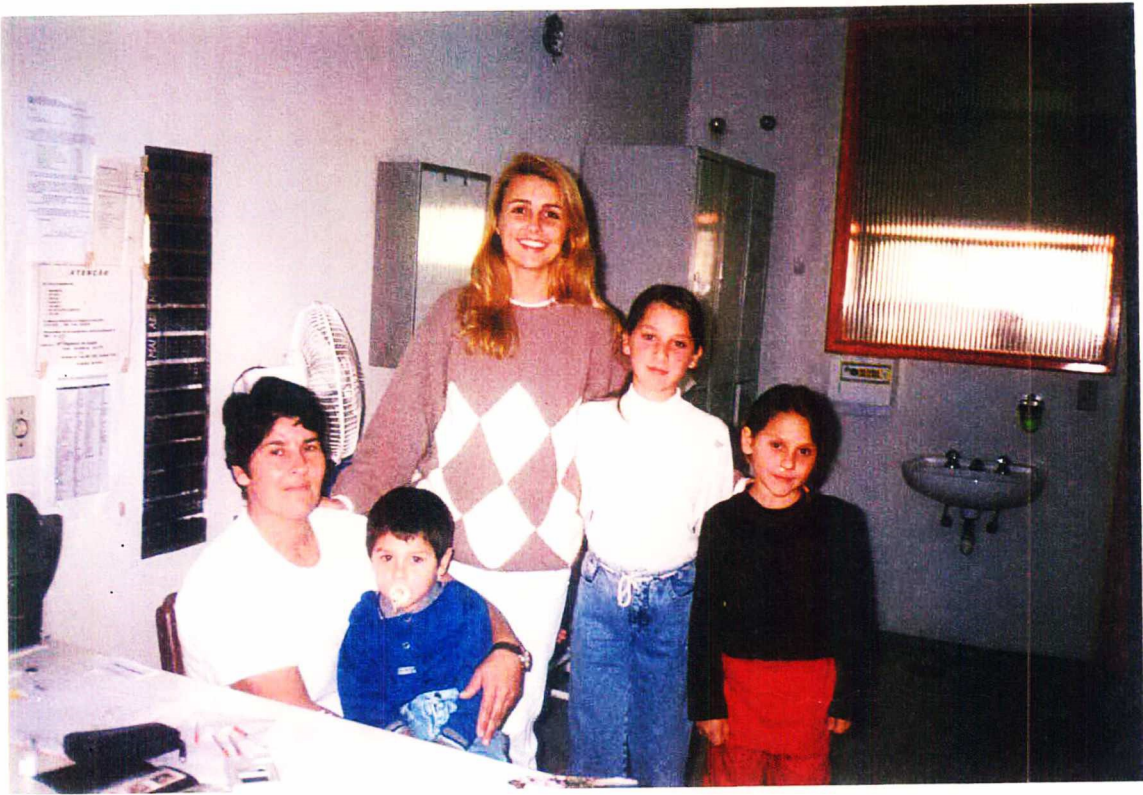
apoio



## **ANEXO XV**







## **ANEXO XVI**





Junho	Ter 01	Qua 02	Qui 03	Sex 04	Sab 05	Do 06	Seg 07	Ter 08	Qua 09	Qui 10	Sex 11	Sab 12	Do 13	Seg 14	Ter 15	Qua 16	Qui 17	Sex 18	Sab 19
Desenvolvimento da prática Assistencial	M	M	F	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M	
Encontro com orientadora		M							M							M			
Oficina educativa											M								

Junho	Do 20	Seg 21	Ter 22	Qua 23	Qui 24	Sex 25	Sab 26	Do 27	Seg 28	Ter 29	Qua 30								
Desenvolvimento da prática assitêncial		M	M	M	M	M			M	M	M								
Encontro com orientadora				M							M								



Julho	Qui 01	Sex 02	Sab 03	Do 04	Seg 05	Ter 06	Qua 07	Qui 08	Sex 09	Sab 10	Do 11	Seg 12	Ter 13	Qua 14	Qui 15	Sex 16	Sab 17	Do 18	Seg 19
Desenvolvimento da prática Assistencial	M	M																	
Avaliação do estágio com a equipe do HIJG								M											
Encerramento do estágio		M																	

Julho	Ter 20	Qua 21	Qui 22	Sex 23	Sab 24	Do 25	Seg 26	Ter 27	Qua 28	Qui 29	Sex 30	Sab 31							
Entrega do relatório à banca							M												
Entrevista com banca examinadora									N										
Apresentação do relatório										T	T								

**LEGENDA:**

**F - feriado      M - manhã      T - tarde      N - noite      I - integral**

## 11. Parecer Final do Orientador Sobre o Relatório

- De acordo com a Banca este relatório destaca-se por:
- sua importância para a prática da enfermagem;
  - sua contribuição para a aplicação da Teoria de Orem, destacando a integração da prática educativa para auxiliar a superar as limitações e contradições principalmente através das ideias de Paulo Freire.
  - sua contribuição para o trabalho com famílias.

O trabalho também reflete todo o processo de crescimento de seu trabalho profissional, comprometido com o ser humano, mostrando que a doença é um evento em sua vida e que ele pode ser saudável.

Paulo Gomes Leite  
06/08/99

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O RELATÓRIO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura